



RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE SERRA

Caxias do Sul
2022

Governador do Estado do Rio Grande do Sul
Ranolfo Vieira Júnior

Secretária de Estado da Saúde
Arita Bergmann

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

Presidente do Conselho Estadual de Saúde
Claudio Augustin

Assessoria de Gestão e Planejamento
Cristian Fabiano Guimarães

Departamento de Atenção Primária e
Políticas de Saúde
Péricles Stehmann Nunes

Assessoria de Comunicação Social
Neemias Freitas

Assessoria Jurídica
Maria Claudia Mulinari

Departamento de Gestão da Atenção
Especializada
Lisiane Wasem Fagundes

Fundo Estadual de Saúde
Meriana Farid El Kek

Departamento de Gestão da Tecnologia e
Informação
Maurício Reckziegel

Departamento de Auditoria do SUS
Bruno Naundorf

Ouvidoria do SUS/RS
Amanda Ciarlo Ramos

Departamento de Regulação Estadual
Eduardo de Albuquerque Nunes Elsade

Departamento Administrativo
Vera Lucia da Silva Oliveira

Departamento de Assistência
Farmacêutica
Simone Pacheco do Amaral

Escola de Saúde Pública
Teresinha Valduga Cardoso

Departamento de Unidades Próprias
Suelen da Silva Arduin

Centro Estadual de Vigilância em Saúde
Tani Maria Schilling Ranieri

Departamento Estadual de Sangue e
Hemoderivados
Katia Maria Minuzzi Brodt

**PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO – MACRORREGIÃO DE SAÚDE
SERRA**

Elaboração: Marta Miranda e Thiago Zambenedetti Kuse.

Grupo Técnico Macrorregião de Saúde Serra

Coordenadora Regional de Saúde – Claudia Regina Daniel

Coordenadora Regional Substituta – Solange Sonda

Técnicos da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde - Camila Sebben, Gelson Antônio Iob, Isabel Cristina Bertelli Rigon, Leonardo Gandolfi, Machline Paim Paganella, Marta Miranda, Otávio Lüdtke Lauffer, Paula Elisa Werpp, Shauana Griebeler e Thiago Zambenedetti Kuse.

Apoiadora do COSEMS – Pollyanna Guedes

Gestores municipais

Região 23 – Caxias e Hortênsias

Canela – Leandro Gralha da Silva

Caxias do Sul – Daniele Meneguzzi

Gramado – Jeferson Willian Moschen

Nova Petrópolis - Martim Wissmann

Região 24 – Campos de Cima da Serra

Bom Jesus – Renata Zamban Paim

Campestre da Serra – Juliano Casanova

Jaquirana – Josiane Castilhos Vieira Pereira

Vacaria – Silvano Porto da Fonseca

Região 25 – Vinhedos e Basalto

Bento Gonçalves - Tatiane Misturini Fiorio

Carlos Barbosa – Lisiane Debona

Garibaldi – Clarisse Fatima Lagunaz

Guaporé - Ronaldo Invernizzi

Nova Prata – José Cavagnollo

Pinto Bandeira – Juliane Ferrari Guizzo

Veranópolis - Vanessa Calioni

Região 26 – Uva e Vales

Bom Princípio - Lilian Juchem

Farroupilha – Clarimundo Grundmann

Flores da Cunha – Jane Baggio

São Marcos – Maristela Lunedo

Vale Real – Jorge Grierson Spessatto

Apoio Técnico

André Luis Alves de Quevedo - AGEPLAN

Mathias Schwertner Holz – AGEPLAN

Apoio Técnico Macrorregional

João Gauer Júnior - 5ªCRS

Rejane Maria Schlindwein Eglor - 5ªCRS

Colaboração

Técnicos da 5ªCRS - Ana Maria Porto, Ângela Moreira Corezola Flôres, Deise Karine Muller, Edson Pedro Berti, Eduardo Kieling, Erika Ribeiro da Silva, Fabiane Luz de Carvalho, Gabriela Merlotti Chaves, João Gauer Júnior, Meiri Brum Lima, Patrícia Jardim Machado, Patrício Hoyos, Rejane Schlindwein Eglor, Vanessa Trintinaglia.

Técnicos municipais - Catiana Benetti Foss Holdorf, Crislane Guimarães da Silva, Crislei Gerevini, Cristiani Patrícia Stange da Silva Valle, Daiane dos Santos Alves, Gilberto Junior, Márcio Tramontina, Marguit Weber Meneguzzi, Rogério Cardoso, Simone Soares, Thaís Maria Zini.

Revisão e Formatação: Machline Paim Paganella e Marta Miranda.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	11
2. ANÁLISE SITUACIONAL DA 5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE	11
2.1. Organização do território.....	11
2.2. Perfil demográfico	13
2.2.1. Distribuição da população por faixa etária e sexo.....	13
2.2.2. Coeficiente Geral de Natalidade	13
2.2.3. Proporção de idosos na população	14
2.3. Determinantes e condicionantes	15
2.3.1. Renda média domiciliar per capita	15
2.3.2. Proporção de pessoas com baixa renda	16
2.3.3. Taxas de desemprego.....	16
2.3.4. Taxa de trabalho infantil	17
2.3.5. Taxa de analfabetismo	18
2.3.6. Níveis de escolaridade	19
2.3.8. Disposição inadequada de esgotos domésticos	20
2.3.9. Cobertura de coleta de lixo	20
2.3.10. Cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção	21
3. MORBIDADE E MORTALIDADE	22
3.1. Taxa de internações pelo sus da população residente	22
3.2. Taxa de mortalidade	24
3.5. Taxa de notificação por tipo de violência.....	25
3.6. Taxa de mortalidade por causas externas.....	26
3.7 Taxa de internações pelo sus devido ao risco de suicídio	27
3.8 Taxa de mortalidade por suicídio.....	27
3.9 Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica	28
3.10 Taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal tardia	29
3.11 PROPORÇÃO de partos vaginais e cesáreas.....	30
3.12 Taxa de mortalidade materna	31
3.13 Taxa de internação pelo sus por diabetes.....	31
3.14 Taxa de mortalidade por diabetes	32
3.15 Taxa de internação no sus por doenças cardiovasculares	32
3.16 Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares.....	33
3.17 Taxa de internação pelo sus por doenças respiratórias crônicas	33
3.18 Taxa de mortalidade por doenças respiratórias crônicas.....	34
3.19 Taxa de internação pelo sus dos tipos de câncer mais prevalentes do rs	34
3.20 Taxa de mortalidade por neoplasias malignas	35
3.21 Número de casos novos notificados de hiv.....	35
3.22 Taxa bruta de óbitos por aids	35
3.23 Taxa de casos novos de tuberculose	36
3.24 Coeficiente de incidência de hepatite viral	37
3.25 Taxa de casos novos de sífilis em gestantes.....	37
3.26 Taxa de casos novos de sífilis em menores de 01 ano	38
4. ESTRUTURA E REDES DE ATENÇÃO DA 5ª CRS	38
4.1 Atenção Primária à Saúde	38
4.1.1 Academias da Saúde	40
4.1.2 Saúde da Mulher	40
4.1.3 Assistência ao Planejamento Familiar	42
4.1.4 Saúde do Homem.....	44
4.1.5 Saúde do Adolescente.....	46

4.1.6 Saúde da Criança.....	49
4.1.7 Saúde do Idoso	52
4.1.8 Equidades.....	53
4.1.9 Políticas Transversais	55
4.1.10 Saúde Bucal	55
4.1.11 Política de Alimentação e Nutrição.....	57
4.1.12 Programa IST/Aids	58
4.1.13 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	61
4.2 Sistemas de apoio.....	64
4.2.1 Laboratório Regional.....	64
4.3 Atenção Secundária e Terciária	66
4.3.1 Rede da Pessoa com Deficiência	66
4.3.2 Serviços de Reabilitação.....	66
4.3.3 Atenção à Pessoa Ostomizada	69
4.3.4 Tratamento Fora de Domicílio.....	69
4.3.5 Instâncias de Pactuação Intergestores.....	70
4.3.6 Rede de Atenção às Urgências e Emergências.....	71
4.3.7 Componentes da Rede de Urgência e Emergência	72
4.3.8 Componente Hospitalar.....	73
4.4 Vigilância em Saúde.....	76
4.4.1 Vigilância Epidemiológica.....	76
4.4.2 Imunizações	77
4.4.3 Vigilância Ambiental em Saúde	78
4.4.4 Saúde do Trabalhador	83
4.4.5 Vigilância Sanitária	84
4.5 Assistência Farmacêutica.....	86
5. NECESSIDADES REGIONAIS	88
6. FINANCIAMENTO	96
7. GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	100
7.1 Auditoria.....	100
7.2 Ouvidoria.....	100
7.3 Regulação	102
8. NURESC.....	102
9. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMIs).....	103
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
11. REFERÊNCIAS	116
12. IMAGENS DA MACROSSERA	117

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 Distribuição da população por faixa etária e sexo, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020.
- Gráfico 2 Coeficiente Geral de Natalidade (1.000), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 3 Proporção de idosos na população (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020.
- Gráfico 4 Renda média domiciliar per capita (RS), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 5 Renda média domiciliar per capita (RS), por raça, cor, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 6 Proporção de pessoas com baixa renda, <1/2 salário mínimo (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 7 Taxa de desemprego (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 8 Taxa de desemprego (%), por raça/cor, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 9 Taxa de trabalho infantil (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 10 Taxa de trabalho infantil (%), por raça/cor, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 11 Taxa de Analfabetismo (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, Brasil, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 12 Taxa de Analfabetismo (%), por sexo, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 13 Níveis de escolaridade na população de 15 anos ou mais (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 14 Disposição inadequada de esgotos domésticos (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 15 Cobertura de Coleta de Lixo (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 16 Cobertura de Abastecimento de Água para consumo com desinfecção (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2014-2020.
- Gráfico 17 Taxa de Internações pelo SUS da População residente pelos 5 principais capítulos do CID (10.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 18 Taxa de Mortalidade da População residente pelos 5 principais capítulos do CID (1.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 19 Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.
- Gráfico 20 Taxa de mortalidade por causas externas, 5 principais grupos (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.
- Gráfico 21 Taxa de internações SUS devido ao Risco de suicídio (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 22 Taxa de mortalidade por suicídio (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 23 Proporção de Internações por condições sensíveis à Atenção Básica na Macrosserra (2016-2020).
- Gráfico 24 Taxa de Mortalidade Infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2013-2016
- Gráfico 25 Proporção de partos vaginais, meta estadual.
- Gráfico 26 Tipo de Parto (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 27 Taxa de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.

- Gráfico 28 Taxa de internação no SUS por Diabetes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 29 Taxa de mortalidade por Diabetes (100.000), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 30 Taxa de internação no SUS por Doenças cardiovasculares (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 31 Taxa de mortalidade por Doenças cardiovasculares (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 32 Taxa de internação no SUS por Doenças respiratórias crônicas (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 33 Taxa de Mortalidade por Doenças respiratórias crônicas (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 34 Taxa de internação SUS dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 35 Taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 36 Número de casos novos notificados de HIV, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 37 Taxa bruta de óbitos por Aids (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 38 Taxa de casos novos de tuberculose (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 39 Coeficiente de incidência de Hepatite Viral A, B e C (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 40 Taxa de casos novos (incidência) de sífilis em gestantes (1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 41 Taxa de casos novos (incidência) de sífilis em menores de 1 ano (1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 42 Razão de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos – Macrosserra.
- Gráfico 43 Razão de exames de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres de 50 a 69 anos, Macrosserra.
- Gráfico 44 Proporção de Internações por Capítulo CID na Macrosserra em Homens de 20 a 59 anos (2019-2021).
- Gráfico 45 Óbitos na Macrosserra por Capítulo CID, por idade (2019-2020).
- Gráfico 46 Série histórica de proporção de gravidez de adolescentes na Macrosserra.
- Gráfico 47 Série histórica de proporção de gravidez de adolescentes na região 24 - Campos de Cima da Serra.
- Gráfico 48 Proporção de Internações por Capítulo CID na Macrosserra em Adolescentes de 10 a 19 anos (2019-2021).
- Gráfico 49 Porcentagem da população da Macrosserra coberta por saúde bucal na APS.
- Gráfico 50 Notificações por agravo, 5ª CRS, 2019-2021.
- Gráfico 51 Notificações, ano, 5ª CRS.
- Gráfico 52 Percentual de cobertura vacinal por imunobiológico, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 53 Cobertura de Abastecimento de Água para consumo com desinfecção (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2014-2020.
- Gráfico 54 Proporção de Amostras de Água com Presença de *E. Coli* em SACs (Por ano).
- Gráfico 55 Número de pacientes e número de tratamentos administrativos ativos do CEAF da 5ª CRS.
- Gráfico 56 Receita de Impostos Líquida e Transferências Constitucionais e Legais (RLIT) per capita e Despesa com recursos próprios municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019,

2020.

- Gráfico 57 Percentual da receita própria municipal aplicada em Ações e Serviços Públicos de Saúde conforme a EC 29/2000 per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020.
- Gráfico 58 Despesa total em Ações e Serviços Públicos de Saúde per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.
- Gráfico 59 Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.
- Gráfico 60 Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais (programas municipais e outros) per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2015 – 2021.
- Gráfico 61 Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde (programas municipais e outros) por subfunção orçamentária per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.
- Gráfico 62 Total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.
- Gráfico 63 Total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2015-2021.
- Gráfico 64 Manifestações Ouvidoria 5ªCRS, 2019-2021.
- Gráfico 65 Manifestações por Região 5ªCRS.
- Gráfico 66 Manifestações por tipo, 5ªCRS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Cinco principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.
Tabela 2	Cinco 5 principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.
Tabela 3	Cobertura de ESF e AB, por região de saúde, na 5ª CRS (dezembro/2020).
Tabela 4	Habilitação do PIM na Macrosserra.
Tabela 5	Municípios da Macrosserra participantes da Rede Bem Cuidar.
Tabela 6	Municípios da Macrosserra participantes da Rede Bem Cuidar.
Tabela 7	Amostras/nº de identificação.
Tabela 8	Serviços habilitados em Modalidade Única – Reabilitação Auditiva e Física.
Tabela 9	Serviços habilitados em Modalidade Única – Reabilitação Intelectual
Tabela 10	Serviço deformidades craniofaciais.
Tabela 11	Propostas Centro Especializado em Reabilitação (CER)
Tabela 12	Instituições Hospitalares Regionais da Macrorregião de Saúde do RS SERRA.
Tabela 13	Instituições Hospitalares Regionais da Macrorregião de Saúde do RS SERRA com habilitação em alta complexidade.
Tabela 14	Situação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192) e Centrais de Regulação das Urgências na Macrosserra.
Tabela 15	Unidades de Pronto Atendimento 24hs da Macrosserra.
Tabela 16	Leitos de UTI Adulto tipo II e Pediátrico tipo II.
Tabela 17	Necessidade de Leitos de Cuidados Prolongados (IBGE, 2019).
Tabela 18	Necessidade de Leitos (U-AVC Agudo e Integral) para Macro Serra.
Tabela 19	Atenção Domiciliar na Macrosserra.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde, RS, 2019.
- Figura 2 Mapa da Macrorregião Serra, RS, 2019.
- Figura 3 Causas de internações por condições sensíveis à atenção básica, na Macrosserra, no ano de 2020.
- Figura 4 Quantidade de estabelecimentos cadastrados como Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde e Posto de Saúde na Macrosserra, por região de saúde, em janeiro de 2022.
- Figura 5 Cobertura da APS nas quatro regiões de saúde da Macrosserra.
- Figura 6 Cobertura da APS no RS.
- Figura 7 Cobertura de ESF e APS do município de Caxias do Sul.
- Figura 8 Planilha de regionalização do parto de risco habitual e alto risco Macro Serra 2022.
- Figura 9 Hospitais com habilitação para vasectomia e laqueadura.
- Figura 10 Estimativa da população residente do sexo masculino na Macrosserra de 20 a 59 anos no ano de 2021.
- Figura 11 Estimativa da população residente de 10 a 19 anos na Macrosserra, por sexo, em 2020.
- Figura 12 Série histórica de proporção de gravidez de adolescentes na Macrosserra
- Figura 13 Frequência de notificação de violência sexual na Macrosserra, por faixa etária, região de saúde entre 2019-2021.
- Figura 14 Cobertura de Saúde Bucal Macrosserra (dividido em regiões).
- Figura 15 Cooperação e articulação para segurança alimentar e nutricional.
- Figura 16 Panorama RAPS Região 23.
- Figura 17 Panorama RAPS Região 24.
- Figura 18 Panorama RAPS Região 25.
- Figura 19 Panorama RAPS Região 26.
- Figura 20 Municípios infestados Macrorregião de Saúde Serra, 2022.
- Figura 21 Mapa de ocorrência de Febre Amarela em primatas, 2021, Macrosserra.

1. APRESENTAÇÃO

A Comissão Intergestora Regional da Macrorregião de Saúde Serra em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, que visa a organização através do planejamento da saúde, a assistência à saúde, a articulação interfederativa, a regionalização e hierarquização, apresenta o Plano Macrorregional da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, a qual integra o Planejamento Regional Integrado Secretaria de Estado Saúde do Rio Grande do Sul (RS).

O Planejamento Regional Integrado (PRI) conforme a Resolução CIT nº 37/2018, será instituído e coordenado pela Secretaria Estadual da Saúde (RS) em articulação com os municípios e participação da União, a partir das definições realizadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização das RAS. No RS, as etapas deste processo, acompanhado do cronograma de execução e a definição das macrorregiões de saúde, foram pactuados pela CIB através da Resolução CIB/RS nº 188/2018. O PRI prevê a elaboração de 30 Diagnósticos Regionais de Saúde e 7 Planos Macrorregionais de Saúde.

A Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Após a publicação do Decreto nº 7.508/2011, o Rio Grande do Sul instituiu, através da Resolução CIB/RS nº 555/2012, alterada pelas Resoluções CIB/RS nº 26/2013 e nº 499/2014, suas 30 Regiões de Saúde, que são territórios definidos com o intuito de melhorar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) compõem a Macrorregião de Saúde Serra e está localizada na região nordeste do Estado. É formada por 4 regiões de saúde (Caxias e Hortênsias: Região 23, Campos de Cima da Serra: Região 24, Vinhedos e Basalto: Região 25 e Uva e Vale: Região 26), divididas em 49 municípios. Segundo estimativas do IBGE (2018), a população total da macrorregião é de 1.214.330 habitantes. Possui uma área territorial de 24.886,697 km² e densidade demográfica de 48,79 hab/km² (IBGE, 2018).

2. ANÁLISE SITUACIONAL DA 5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

2.1. ORGANIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

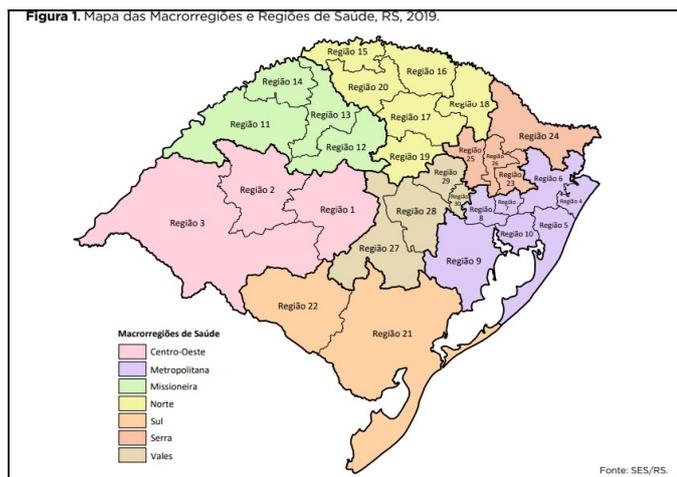
A 5ª CRS, a qual compreende a Macrorregião Serra, é composta por 49 municípios, distribuídos em 04 Regiões de Saúde:

Região 23 - Caxias e Hortênsias: Canela, Caxias do Sul, Gramado, Linha Nova, Nova Petrópolis e Picada Café.

Região 24 - Campos de Cima da Serra: Bom Jesus, Campestre da Serra, Esmeralda, Jaquirana, Monte Alegre dos Campos, Muitos Capões, Pinhal da Serra, São José dos Ausentes e Vacaria.

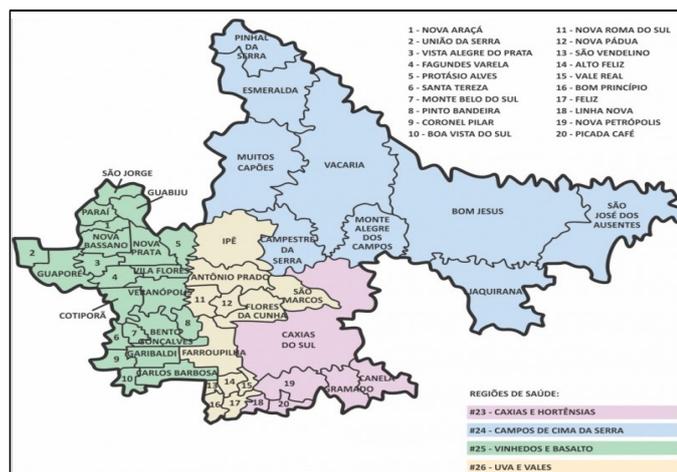
Região 25 - Vinhedos e Basalto: Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Carlos Barbosa, Coronel Pilar, Cotiporã, Fagundes Varela, Garibaldi, Guabiju, Guaporé, Monte Belo do Sul, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Prata, Paraí, Pinto Bandeira, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, União da Serra, Veranópolis, Vila Flores e Vista Alegre do Prata.
 Região 26 - Uva e Vales: Alto Feliz, Antônio Prado, Bom Princípio, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Ipê, Nova Pádua, Nova Roma do Sul, São Marcos, São Vendelino e Vale Real.

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



Fonte: SES, RS, 2019.

Figura 2. Mapa da Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2019.



Fonte: SES, RS, 2019.

2.2. PERFIL DEMOGRÁFICO

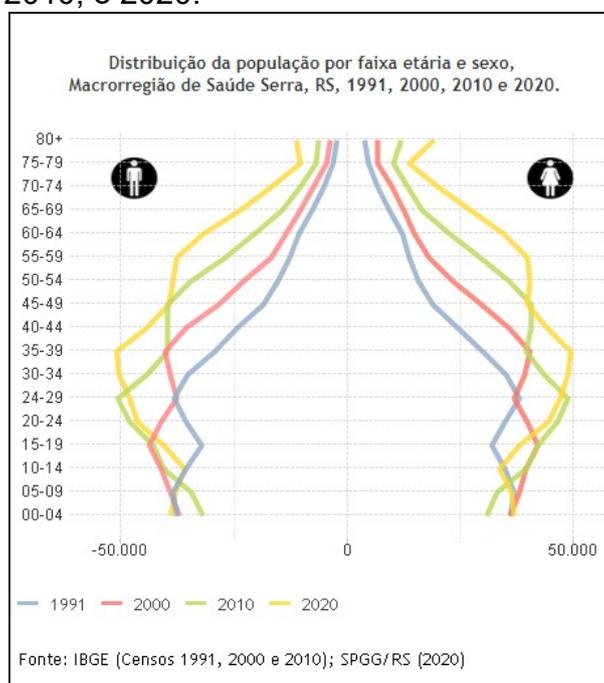
A população da Macrorregião de Saúde Serra, tendo como fonte a SPGG – Secretaria de Planejamento Governança e Gestão, para o ano de 2020 é de 1216.307 habitantes.

2.2.1. Distribuição da população por faixa etária e sexo

Em relação à população da Macrorregião de Saúde Serra (Gráfico 01), de acordo com SPGG/RS (2020), a faixa etária predominante é entre 35-39 anos, em ambos os sexos, sendo a população feminina de 49.518 e a masculina de 51.060. Nota-se também o aumento da população acima de 50 anos.

Apesar da diminuição da população de 0-4 anos em 2010, em 2020 esta voltou a crescer em relação à proporção de 1991 e 2000.

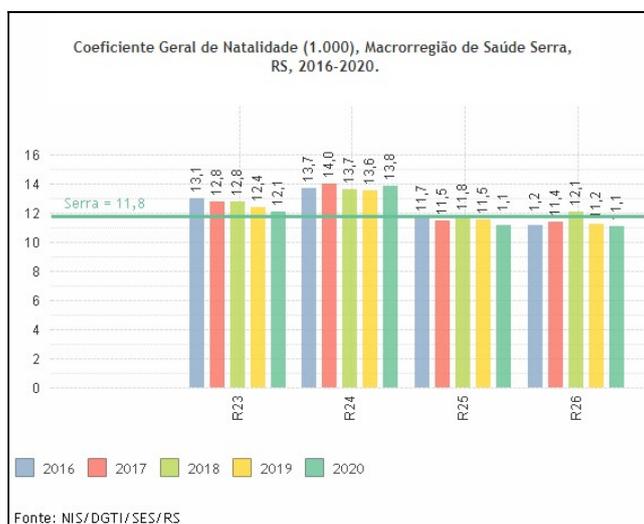
Gráfico 01. Distribuição da população por faixa etária e sexo, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000, 2010, e 2020.



2.2.2. Coeficiente Geral de Natalidade

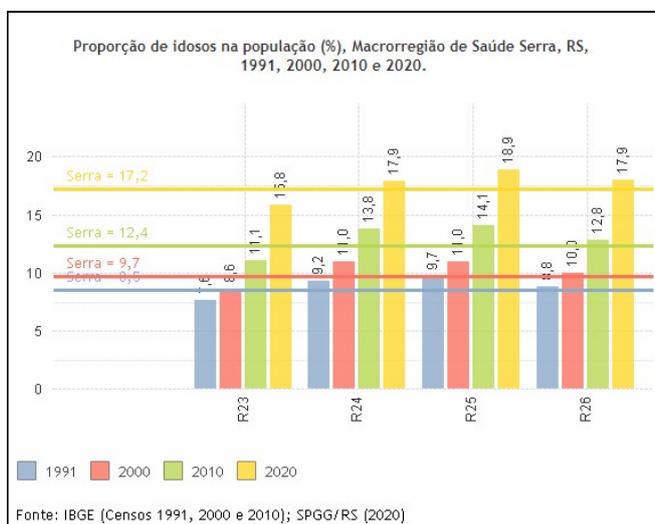
Sobre o coeficiente de natalidade (Gráfico 02) no período analisado 2016 a 2020, houve aumento somente na Região 24, sendo que as demais se mantiveram estáveis.

Gráfico 02. Coeficiente Geral de Natalidade (1.000), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



2.2.3. Proporção de idosos na população

Gráfico 03: Proporção de idosos na população (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020.



A 5ª CRS possui uma expressiva proporção de pessoas acima de 60 anos, especialmente nos municípios pequenos. O gráfico 03 apresenta a população idosa estimada da Macrosserra, assim como a respectiva proporção das pessoas acima de 60 anos.

Além disso vários municípios superam a proporção de idosos do Estado (18,7%, segundo estimativa IBGE 2020). Por fim, verifica-se que a Região de Saúde 25 apresenta as maiores proporções de idosos comparada as demais regiões de saúde da 5ª CRS.

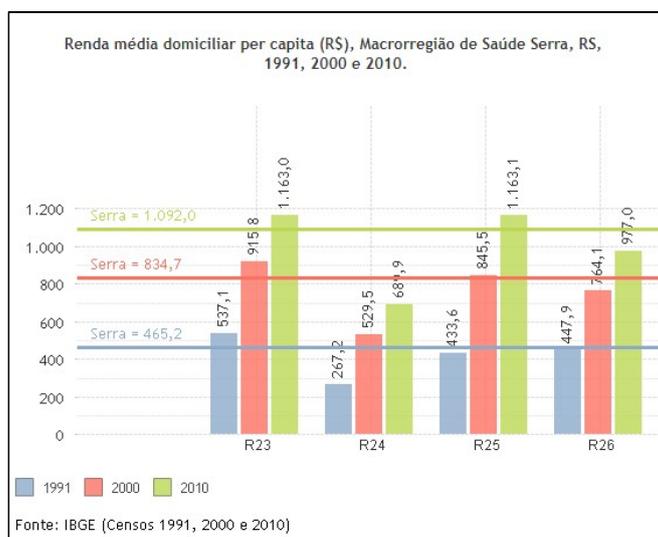
2.3. DETERMINANTES E CONDICIONANTES

Os determinantes e condicionantes referem-se às condições de vida e de trabalho e como elas interferem no processo saúde-doença.

2.3.1. Renda média domiciliar per capita

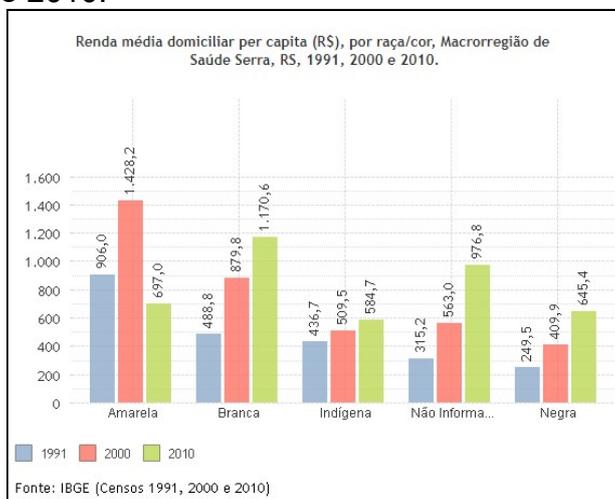
De acordo o Gráfico 04, mesmo não sendo na mesma proporção, todas as regiões tiveram aumento na Renda média domiciliar entre 1991 e 2010.

Gráfico 04. Renda média domiciliar per capita (RS), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



Porém, quando se fala em Renda média domiciliar per capita por raça/cor, houve a diminuição da renda em 2010 para a raça amarela.

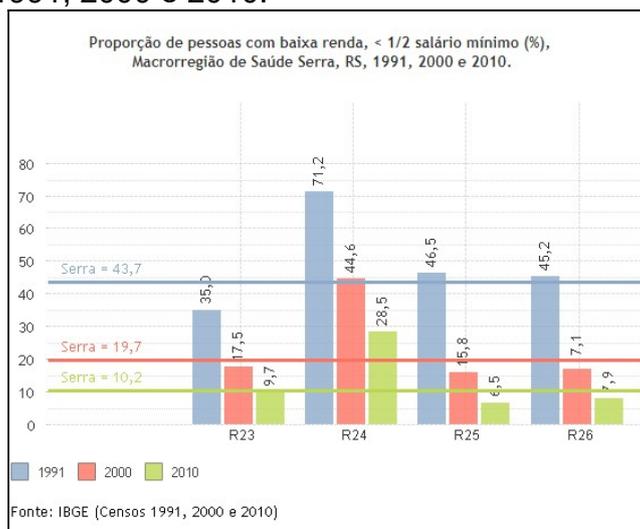
Gráfico 05. Renda média domiciliar per capita (RS), por raça, cor, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



2.3.2. Proporção de pessoas com baixa renda

Em relação à renda menor que $\frac{1}{2}$ salário mínimo (%) entre 1991 e 2010 é possível verificar que em todas as regiões houve decréscimo na proporção e nos anos analisados (Gráfico 06).

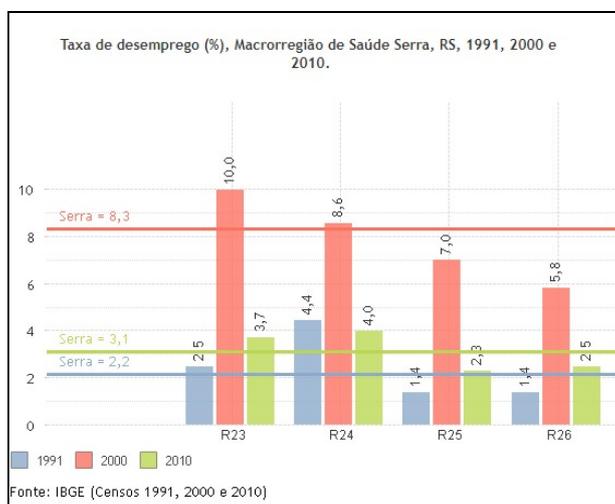
Gráfico 06. Proporção de pessoas com baixa renda, $< \frac{1}{2}$ salário mínimo (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



2.3.3. Taxas de desemprego

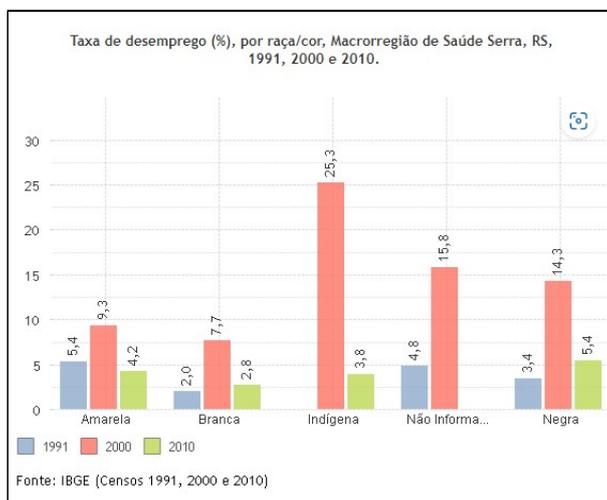
A taxa de desemprego teve seu ápice maior em 2000, diminuindo em todas as regiões em 2010, conforme Gráfico 07.

Gráfico 07. Taxa de desemprego (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



De acordo com o gráfico abaixo, a diminuição da taxa de desemprego foi uniforme de acordo com a raça/cor. Porém, a menor taxa de desemprego em todos os anos analisados foi da raça branca.

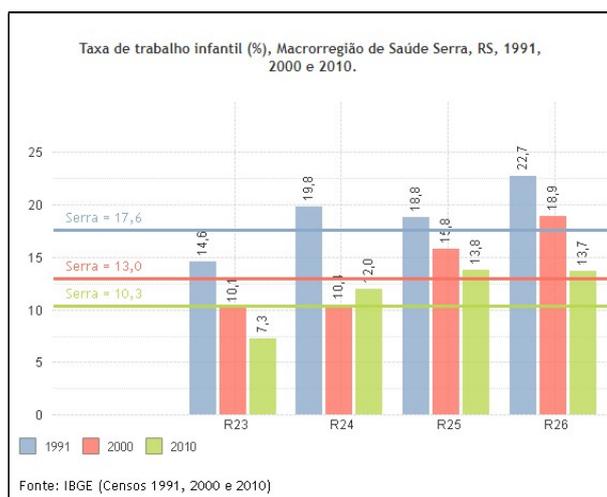
Gráfico 08. Taxa de desemprego (%), por raça/cor, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



2.3.4. Taxa de trabalho infantil

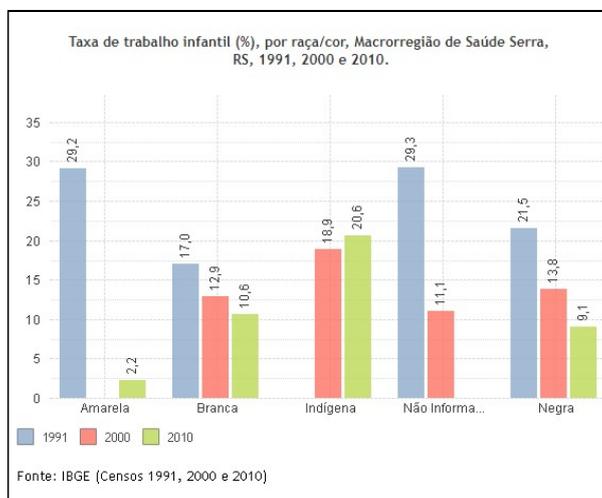
Em relação ao trabalho infantil, todas as regiões tiveram diminuição na proporção entre 1991 e 2010, exceto a Região 24 que apresentou taxa de 10,4 em 2000 e 12,0 em 2010.

Gráfico 09. Taxa de trabalho infantil (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



Referente à raça/cor houve redução ao longo dos anos da taxa para todas as etnias, exceto para indígenas, o qual teve um leve aumento entre 2000 e 2010.

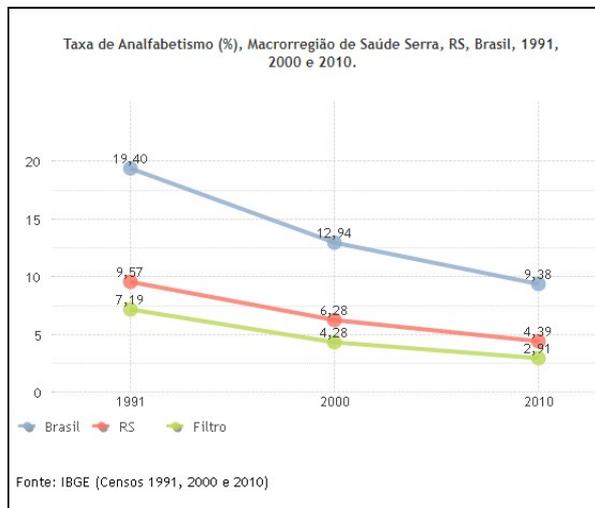
Gráfico 10. Taxa de trabalho infantil (%), por raça/cor, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



2.3.5. Taxa de analfabetismo

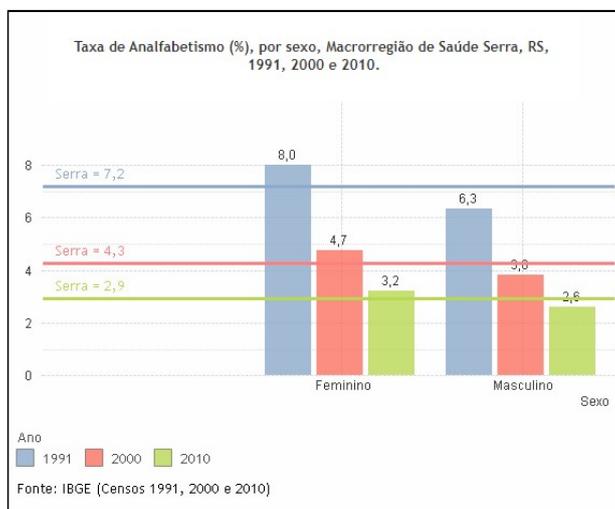
De acordo com o gráfico 11, houve diminuição progressiva na taxa de analfabetismo de 1991 a 2010 na Macrorregião de Saúde Serra.

Gráfico 11. Taxa de Analfabetismo (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, Brasil, 1991, 2000 e 2010.



E no gráfico 12, abaixo, a diminuição foi observada também na variável sexo.

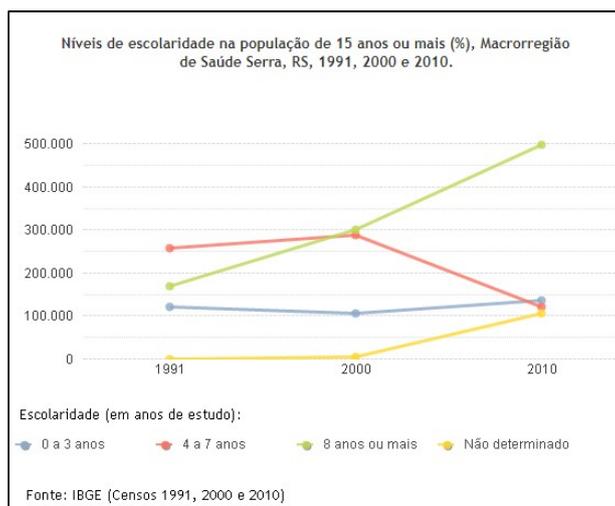
Gráfico 12. Taxa de Analfabetismo (%), por sexo, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



2.3.6. Níveis de escolaridade

Ao analisar o nível de escolaridade (gráfico 13), nota-se que a partir do ano 2000, houve a inversão na população que tinha de 4 a 7 anos de estudo (queda acentuada) para a população que tinha 8 anos ou mais de estudo. Entretanto, percebe-se que os analfabetos funcionais, com menos de três anos de escolaridade, não diminuíram na década de 2001 a 2010, pelo contrário, houve um aumento.

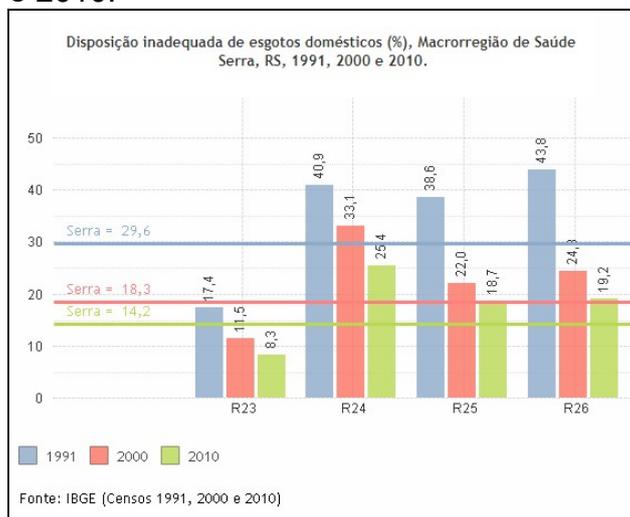
Gráfico 13. Níveis de escolaridade na população de 15 anos ou mais (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



2.3.8. Disposição inadequada de esgotos domésticos

É possível observar pelo gráfico abaixo que ainda há uma inadequada quantidade de esgotos domésticos na Macrorregião, apesar do decréscimo nas duas últimas décadas.

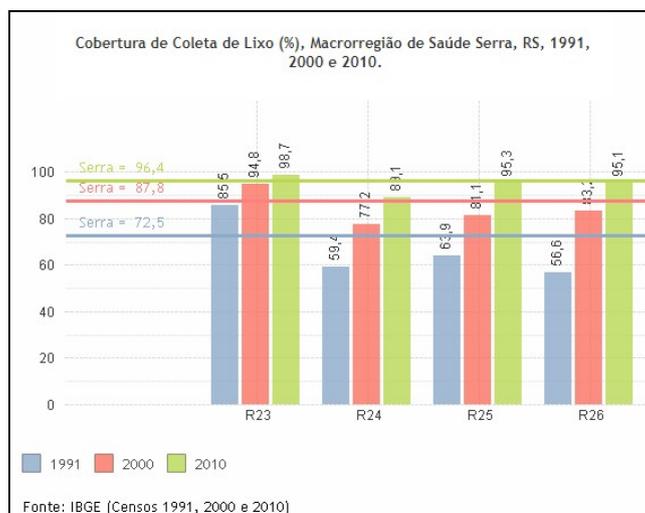
Gráfico 14. Disposição inadequada de esgotos domésticos (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



2.3.9. Cobertura de coleta de lixo

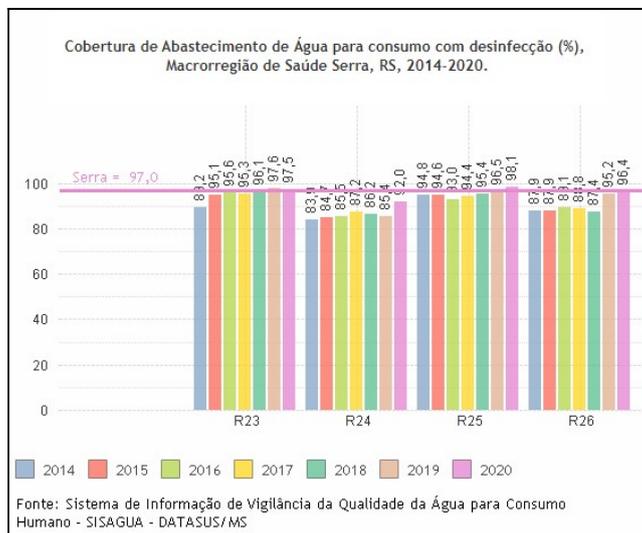
A cobertura da coleta de lixo aumentou significativamente em toda região, apesar de não obter o ideal que seria 100%. Destaca-se que apenas a Região 23 não alcançou acima de 95% em 2010.

Gráfico 15. Cobertura de Coleta de Lixo (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



2.3.10. Cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção

Gráfico 16. Cobertura de Abastecimento de Água para consumo com desinfecção (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2014-2020.



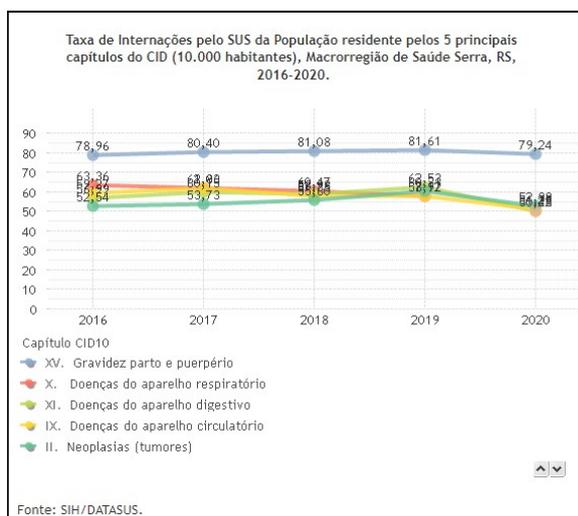
Quanto à cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção, o Gráfico 16 mostra que 03 regiões de saúde tiveram resultado acima de 95% em 2019 e 2020, o que não aconteceu com a região 24, a qual mantinha um percentual abaixo de 90 % na série histórica de 2014-2019, obteve 92% em 2020.

3. MORBIDADE E MORTALIDADE

3.1. TAXA DE INTERNAÇÕES PELO SUS DA POPULAÇÃO RESIDENTE

O gráfico abaixo mostra que em 2020 a taxa de internações pelo SUS da População residente pelos cinco principais capítulos do CID (10.000 habitantes) na Macrorregião de Saúde Serra foi por Gravidez parto e puerpério (79,24), Doenças do aparelho digestivo (50,28), Doenças do aparelho circulatório (51,28), Neoplasias/tumores (52,99) e Lesões envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (50,42). Em relação a 2019, manteve-se estável na primeira causa. A segunda foi por Doenças do aparelho respiratório (58,12). A terceira maior taxa foi por Doenças do aparelho digestivo (62,53). A quarta, Doenças do aparelho circulatório (57,97) e a quinta maior taxa Neoplasias/tumores (60,31).

Gráfico 17. Taxa de Internações pelo SUS da População residente pelos 5 principais capítulos do CID (10.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



Abaixo, a descrição das 5 principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.

Tabela 01. Cinco principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.

5 principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.					
	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (53,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (13,7%)	X. Doenças do aparelho respiratório (8,8%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (5,2%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (5,0%)
01-09	X. Doenças do aparelho respiratório (22,9%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (19,0%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (12,4%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,0%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (5,9%)
10-19	XV. Gravidez parto e puerpério (36,4%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (11,5%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (11,1%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (10,7%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (6,3%)
20-29	XV. Gravidez parto e puerpério (53,2%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (10,6%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (8,8%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (7,6%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (4,5%)
30-49	XV. Gravidez parto e puerpério (21,3%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (12,5%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (12,1%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (10,7%)	II. Neoplasias (tumores) (7,8%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (16,2%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (13,4%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (11,8%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (10,5%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (9,9%)
60-79	IX. Doenças do aparelho circulatório (18,4%)	II. Neoplasias (tumores) (18,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,1%)	X. Doenças do aparelho respiratório (10,2%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (9,8%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (22,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (16,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (16,3%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (8,5%)	II. Neoplasias (tumores) (8,4%)

Fonte: SIH/DATASUS.

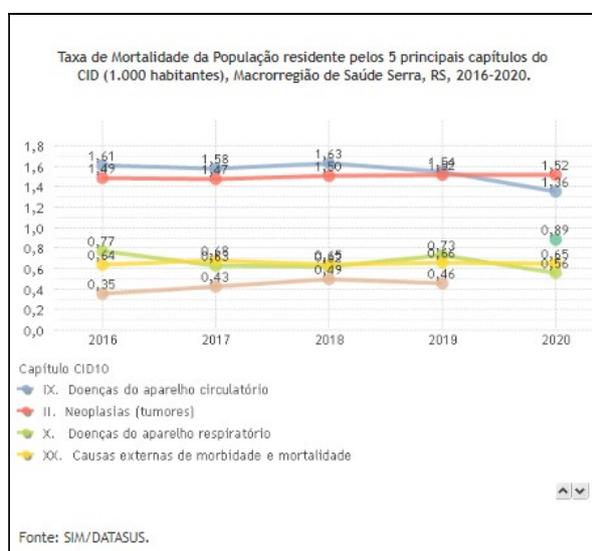
Chama a atenção a causa de internações de adolescentes e adultos jovens, onde as causas externas e transtornos mentais e comportamentais prevalecem.

3.2. TAXA DE MORTALIDADE

Quanto à taxa de mortalidade, os óbitos por Neoplasias/ tumores mantiveram-se estáveis entre 2019 e 2020. Houve diminuição na taxa de óbitos por doenças do sistema circulatório em relação a 2019, passando de primeiro para segundo lugar em 2020.

Porém, a terceira maior taxa de mortalidade foi por Algumas Doenças infecciosas e parasitárias, capítulo o qual foi inserido os óbitos em decorrência da SARS Cov2 (Covid-19). Os óbitos por causas externas mantiveram se em quarto lugar em 2020 e em quinto ficaram os óbitos em decorrência de doenças do aparelho respiratório, o qual em 2019 ficou em quarto lugar. Esta mudança justifica-se pelo fato de que mesmo a Covid-19 sendo uma doença predominantemente respiratória, a classificação no Capítulo CID se deu por algumas doenças infecciosas e parasitárias.

Gráfico 18. Taxa de Mortalidade da População residente pelos 5 principais capítulos do CID (1.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



Quanto à faixa etária, descreve-se abaixo as 5 principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020. Os percentuais mais elevados das causas de mortalidade de crianças e adultos jovens são as causas externas, de 50-79 anos são as neoplasias (tumores) e acima dos 80 anos são as doenças do aparelho circulatório.

Tabela 2. Cinco principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.

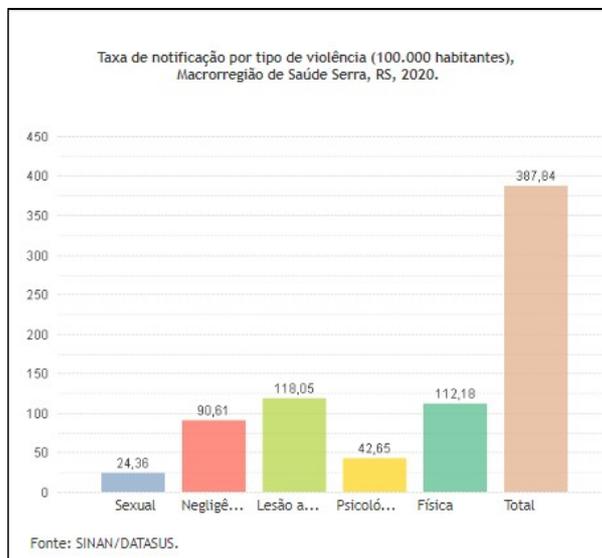
5 principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.					
	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (62,6%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (24,3%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (3,5%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (3,5%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (1,7%)
01-09	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (40,9%)	II. Neoplasias (tumores) (13,6%)	VI. Doenças do sistema nervoso (13,6%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (13,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,1%)
10-19	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (64,3%)	II. Neoplasias (tumores) (9,5%)	VI. Doenças do sistema nervoso (6,0%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (4,8%)	X. Doenças do aparelho respiratório (3,6%)
20-29	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (70,5%)	II. Neoplasias (tumores) (6,5%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (5,6%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (4,8%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (2,2%)
30-49	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (32,1%)	II. Neoplasias (tumores) (17,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,0%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (10,3%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (5,7%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (31,3%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (15,7%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,8%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (11,7%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (8,1%)
60-79	II. Neoplasias (tumores) (28,9%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (20,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (14,1%)	X. Doenças do aparelho respiratório (8,2%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (7,1%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (25,1%)	II. Neoplasias (tumores) (14,4%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (13,3%)	X. Doenças do aparelho respiratório (11,7%)	VI. Doenças do sistema nervoso (9,2%)

Fonte: SIM/DATASUS.

3.5. TAXA DE NOTIFICAÇÃO POR TIPO DE VIOLÊNCIA

De acordo o gráfico 19, as lesões autoprovocadas foram o tipo de violência mais notificada em 2020, apresentando uma taxa de 118,05/100.000 habitantes. Seguido de violência física com uma taxa de notificação de 112,18/100.000 habitantes.

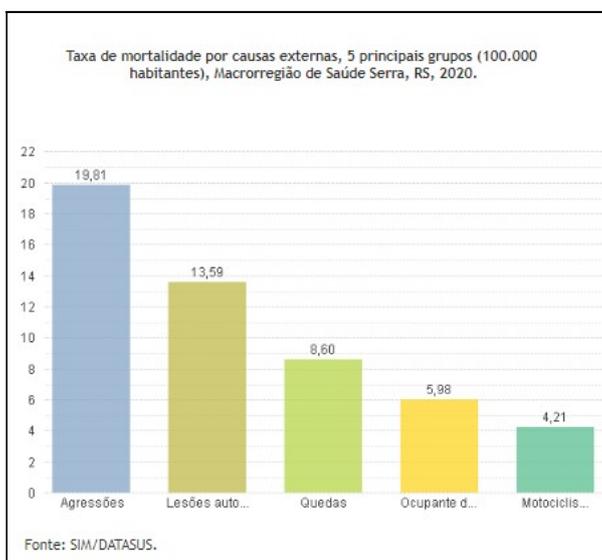
Gráfico 19. Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.



3.6. TAXA DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

Em relação à taxa de mortalidade por causas externas pelos 5 principais grupos (100.000 habitantes), no ano de 2020, observa-se a prevalência das agressões, seguida por lesões autoprovocadas intencionalmente, quedas, ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte e motociclista traumatizado em acidente de transporte. (Gráfico 20).

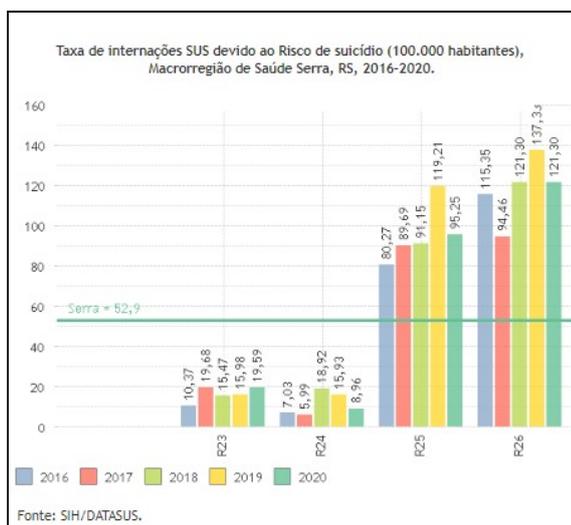
Gráfico 20. Taxa de mortalidade por causas externas, 5 principais grupos (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.



3.7 TAXA DE INTERNAÇÕES PELO SUS DEVIDO AO RISCO DE SUICÍDIO

Quanto à taxa de internações SUS devido ao risco de suicídio, o gráfico 21, abaixo mostra que as maiores taxas continuam sendo nas regiões 25 e 26.

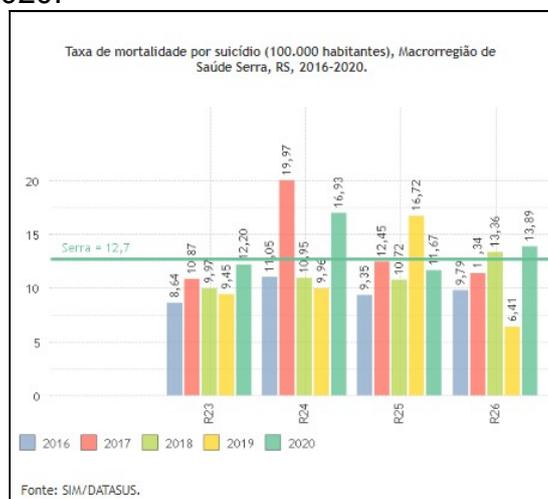
Gráfico 21. Taxa de internações SUS devido ao Risco de suicídio (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.8 TAXA DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO

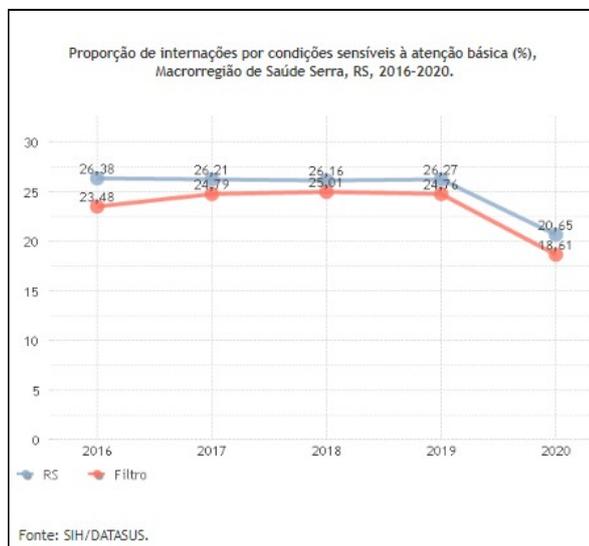
O gráfico abaixo mostra que a taxa de mortalidade por suicídio na Macrorregião de Saúde Serra apresentou aumento de 2019 para 2020 nas regiões 23 (9,45; 12,20), região 24 (9,96; 16,93) e região 26 (6,41; 13,89). Sendo assim, somente a região 25 apresentou diminuição de 16,72 para 11,67.

Gráfico 22. Taxa de mortalidade por suicídio (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.9 PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA

Gráfico 23: Proporção de Internações por condições sensíveis à Atenção Básica na Macrosserra (2016-2020).



Observa-se a redução das taxas de internação por condições sensíveis à APS no início do período pandêmico, ou seja, no ano de 2020. Importante ressaltar que na Macrorregião, a Região 24 apresenta as maiores taxas de internação mesmo a menor população se dispendo de menos serviços hospitalares, em comparação às demais regiões. Já, a Região 23, registra o maior contingente populacional e possui mais serviços hospitalares, apresenta a menor proporção de internações.

Acrescenta-se, ainda, que a Região 24 apresenta cobertura de APS acima de 70%, de modo que não é possível estabelecer relação entre a maior disponibilidade de serviços da atenção primária e um menor índice no ICSAB. Pode-se supor uma resolutividade insuficiente das equipes da APS no atendimento às necessidades de saúde da população.

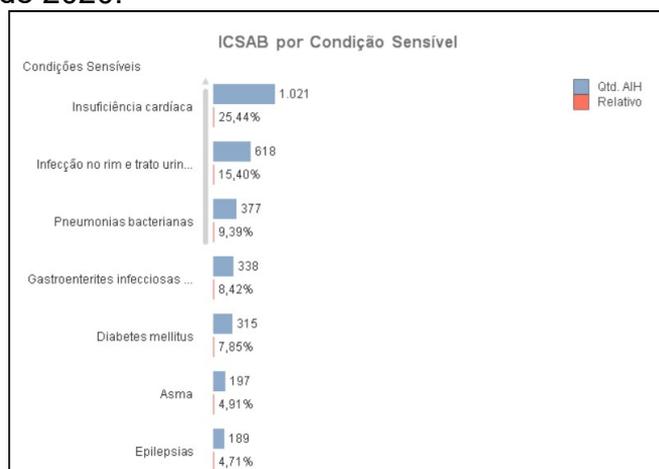
Tabela 03: Cobertura de ESF e AB, por região de saúde, na 5ª CRS (dezembro/2020)

Região de Saúde	Popul.	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
Região 23	620.945	71	237.545	38,25%	408.669	65,81%
Região 24	99.809	16	50.115	50,21%	71.025	71,16%
Região 25	317.563	46	145.939	45,95%	222.338	70,01%
Região 26	189.350	30	96.404	50,91%	145.278	76,72%

Fonte: Ministério da Saúde/SAPS.

Entre as cinco principais causas de internações por condições sensíveis à atenção básica, na Macrosserra, no ano de 2020, destacam-se: insuficiência cardíaca, infecção no rim e trato urinário, pneumonias bacterianas, gastroenterites infecciosas e diabetes mellitus (Figura 03).

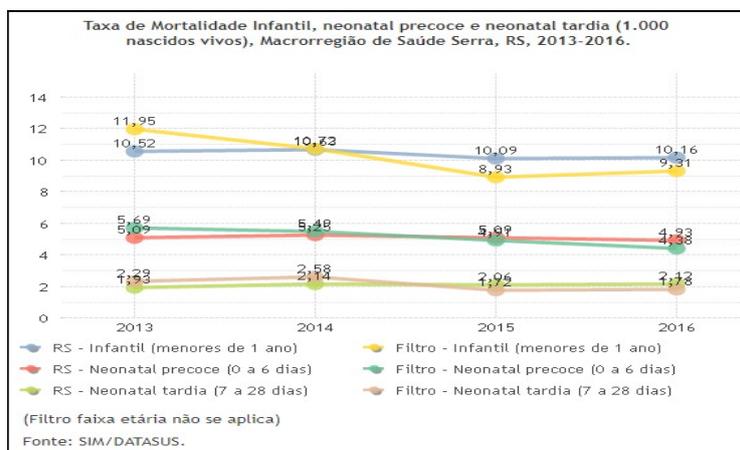
Figura 03: Causas de internações por condições sensíveis à atenção básica, na Macrosserra, no ano de 2020.



Fonte: Portal BI/RS

3.10 TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL, NEONATAL PRECOZE E NEONATAL TARDIA

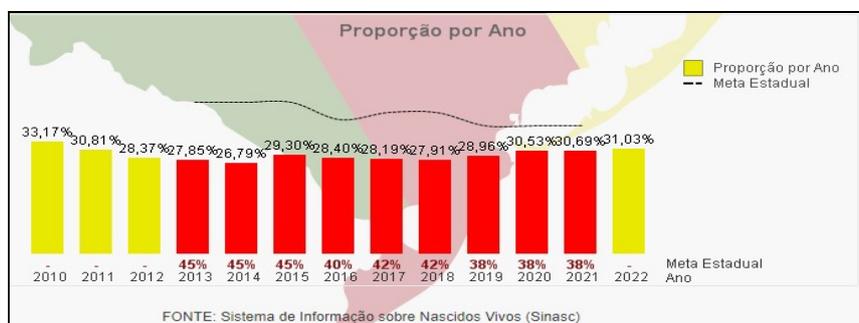
Gráfico 24. Taxa de Mortalidade Infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2013-2016.



Em relação à taxa de mortalidade Infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos) no período de 2013 a 2016 a Macrorregião de Saúde Serra apresentou em 2016 taxa abaixo dos resultados do estado nas três classificações.

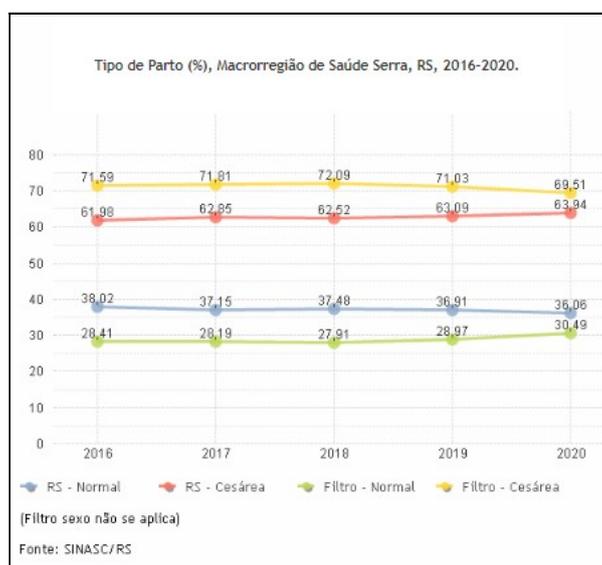
3.11 PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS E CESÁREAS

Gráfico 25. Proporção de partos vaginais, meta estadual.



O Gráfico 25 mostra os resultados referentes às metas estaduais na série histórica da Macrorregião de Saúde Serra, de 2010 a 2022.

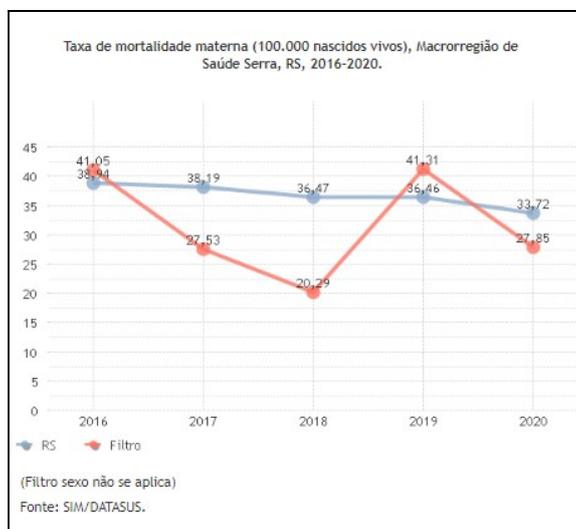
Gráfico 26. Tipo de Parto (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



Em relação ao tipo de parto, os dados acima demonstram que na Macrorregião de Saúde Serra, a proporção de partos normais está abaixo do estado, assim como a proporção de partos cesáreos está acima da proporção registrada no estado. Há de considerar que o resultado em 2020 está melhor que nos anos anteriores, porém, apesar de positivo, esse dado não implica em redução da taxa de mortalidade infantil, a qual segue acima do RS na região. Isso pode ser influenciado, em parte, pela assistência à gestante e criança na maternidade, bem como ao cuidado no primeiro ano de vida, influenciado negativamente pelas condições de vida da população.

3.12 TAXA DE MORTALIDADE MATERNA

Gráfico 27. Taxa de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.

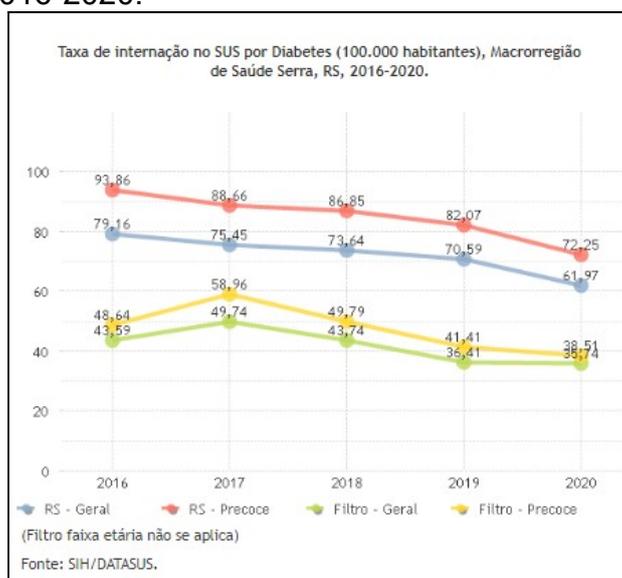


A mortalidade materna na Macrorregião apresentava taxas decrescentes entre 2016 e 2018. Contudo, em 2019 observou-se um aumento inclusive retornando a valores semelhantes a 2016.

3.13 TAXA DE INTERNAÇÃO PELO SUS POR DIABETES

As internações por diabetes mostraram pouca alteração entre os anos de 2019 e 2020. No entanto, em 2020, registrou-se evidente redução nas internações por essa patologia, o que pode ter sido influenciado pela pandemia, situação não observada em 2018 e 2019.

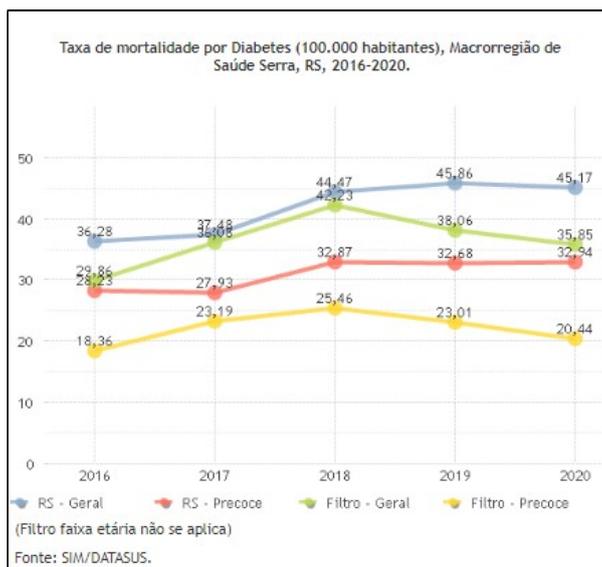
Gráfico 28. Taxa de internação no SUS por Diabetes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.14 TAXA DE MORTALIDADE POR DIABETES

Quanto à taxa de mortalidade por Diabetes, houve uma leve diminuição entre 2019 e 2020, porém, neste período, isso não pode ser levado em consideração quando houve aumento de óbitos no geral, principalmente por covid e de pessoas portadoras de doenças crônicas como doenças cardiovasculares e diabetes.

Gráfico 29. Taxa de mortalidade por Diabetes (100.000), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.15 TAXA DE INTERNAÇÃO NO SUS POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Segue abaixo a taxa de internação no SUS por Doenças cardiovasculares, as quais houve uma diminuição em 2020 em relação a 2019, visto que por conta da pandemia, não se sabe explicar se houve diminuição de internação ou se houve a reclassificação nas internações por estes terem internado devido à descompensação no caso de serem infectados por Covid-19.

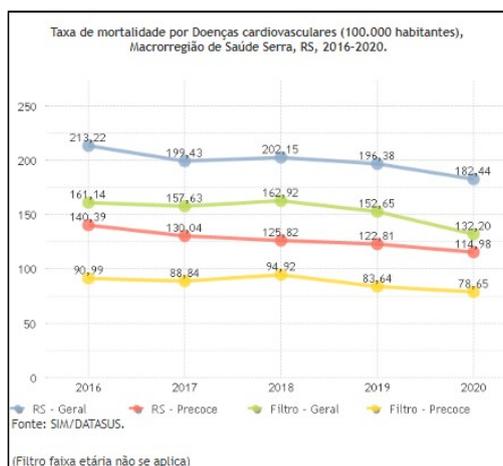
Gráfico 30. Taxa de internação no SUS por Doenças cardiovasculares (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.16 TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Abaixo, taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares.

Gráfico 31. Taxa de mortalidade por Doenças cardiovasculares (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.

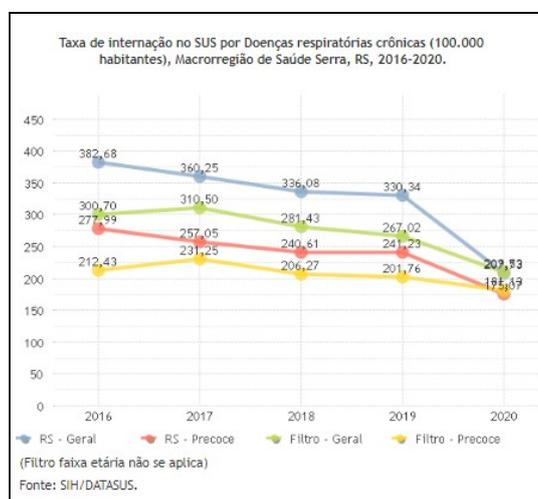


De acordo com o Gráfico 31, a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares teve um decréscimo em 2020, porém, neste período, isso não pode ser levado em consideração pois houve aumento de óbitos no geral, principalmente por covid, sendo geralmente de pessoas portadoras de doenças crônicas como as cardiovasculares e diabetes.

3.17 TAXA DE INTERNAÇÃO PELO SUS POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS

De acordo com o Gráfico 32, houve diminuição da taxa de internação no SUS por Doenças respiratórias em 2020 em relação em 2019. Porém, há de se lembrar que os pacientes que internam por Covid-19 não estão contemplados neste CID.

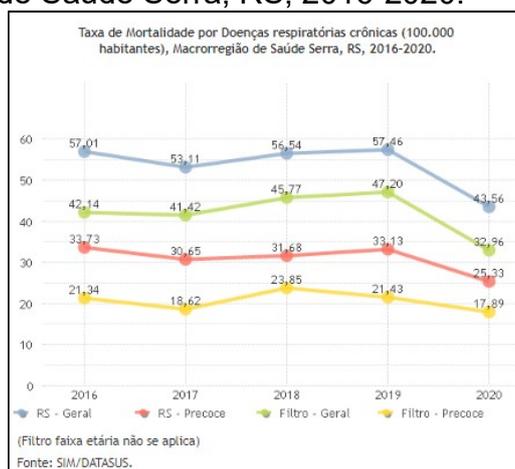
Gráfico 32. Taxa de internação no SUS por Doenças respiratórias crônicas (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.18 TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS

De acordo com o gráfico abaixo, houve diminuição na taxa de mortalidade por Doenças respiratórias crônicas em 2020 em relação a 2019. Porém, há de se destacar que os óbitos por Covid que ocorreram após 2020 com o advento da pandemia, são classificados em outro grupo que não o das doenças respiratórias.

Gráfico 33. Taxa de Mortalidade por Doenças respiratórias crônicas (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.

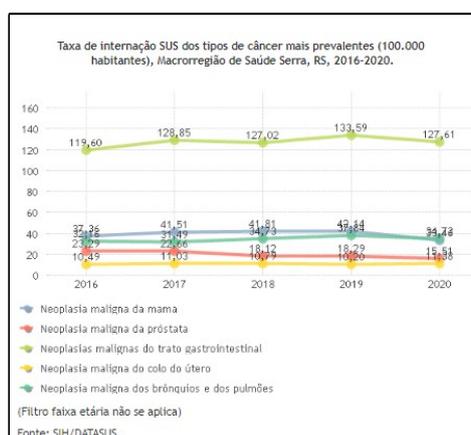


3.19 TAXA DE INTERNAÇÃO PELO SUS DOS TIPOS DE CÂNCER MAIS PREVALENTES DO RS

Quanto à taxa de internação SUS dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), houve uma leve queda em todos os tipos de 2019 para 2020, exceto por Neoplasia maligna do colo do útero que teve um leve aumento em 2020.

A diminuição pode ter a ver com o período de pandemia em que houve menos diagnóstico devido à menor procura aos serviços de saúde, a não ser em casos graves ou respiratórios.

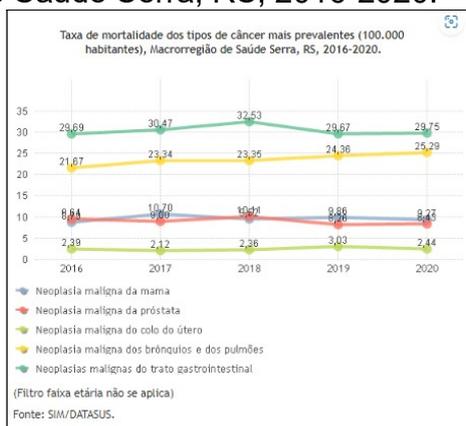
Gráfico 34: Taxa de internação SUS dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.20 TAXA DE MORTALIDADE POR NEOPLASIAS MALIGNAS

A taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes, manteve-se com mínima diferença entre 2019 e 2020.

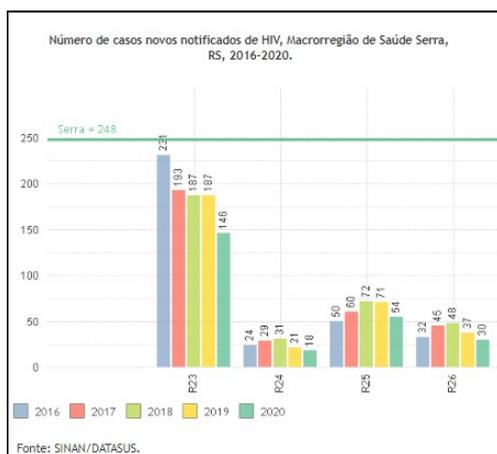
Gráfico 35. Taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.21 NÚMERO DE CASOS NOVOS NOTIFICADOS DE HIV

Analisando a série histórica, após certa estabilidade entre os anos de 2017 e 2019, no ano de 2020 houve uma queda no número de casos novos notificados de HIV. A diminuição pode estar relacionada a baixa testagem no período devido à pandemia.

Gráfico 36. Número de casos novos notificados de HIV, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.

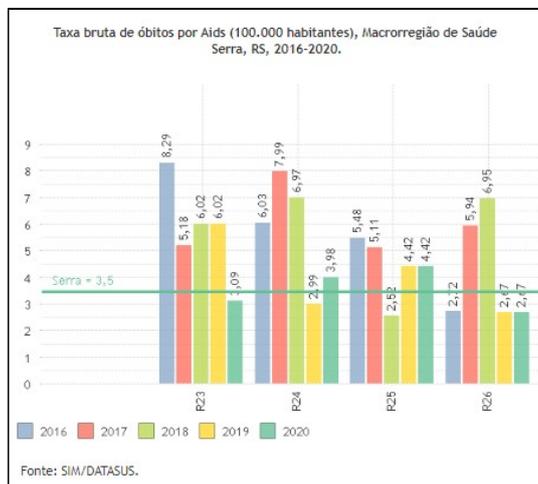


3.22 TAXA BRUTA DE ÓBITOS POR AIDS

Quanto aos óbitos por AIDS, observa-se que em 2019 e 2020, a Região 24 teve aumento na taxa bruta de óbitos em relação a 2019 (2,99/3,98). Quanto à região 23, os dados não se confirmam, pois, apesar de ter havido aumento de óbitos devido à Covid-19,

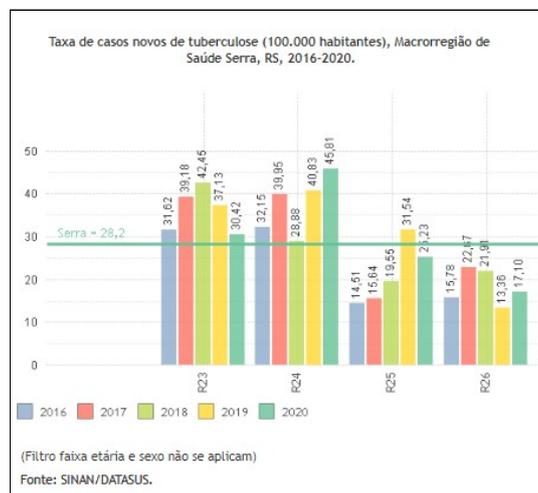
nesta região a taxa bruta caiu quase pela metade. Sugere-se avaliar com o setor responsável.

Gráfico 37. Taxa bruta de óbitos por Aids (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.23 TAXA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE

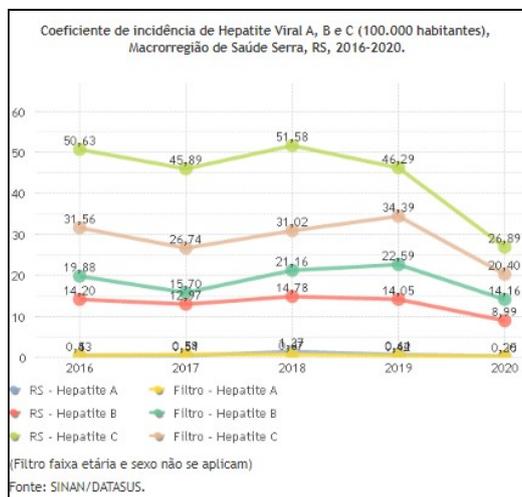
Gráfico 38. Taxa de casos novos de tuberculose (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



De acordo com o gráfico acima, a taxa de casos novos de tuberculose (100.000 habitantes) teve aumento em 2020 nas Regiões 24 e 26.

3.24 COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE HEPATITE VIRAL

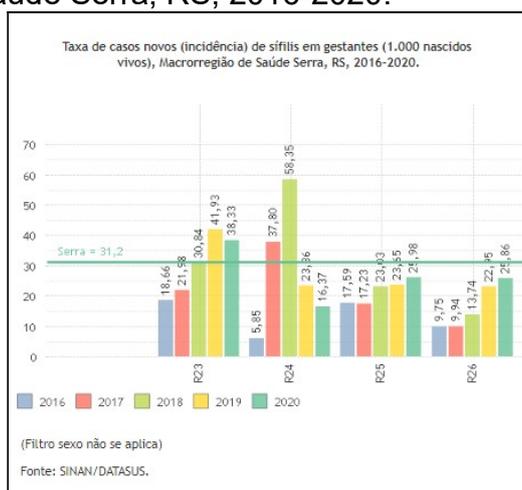
Gráfico 39. Coeficiente de incidência de Hepatite Viral A, B e C (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



Nota-se uma diminuição importante no número de notificações em 2020 em relação a 2019. Porém, não se pode afirmar que houve diminuição no número de casos, visto que a pandemia dificultou a busca por parte da população aos serviços de saúde. Salienta-se que a incidência de Hepatite B em 2020 foi maior que no estado.

3.25 TAXA DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS EM GESTANTES

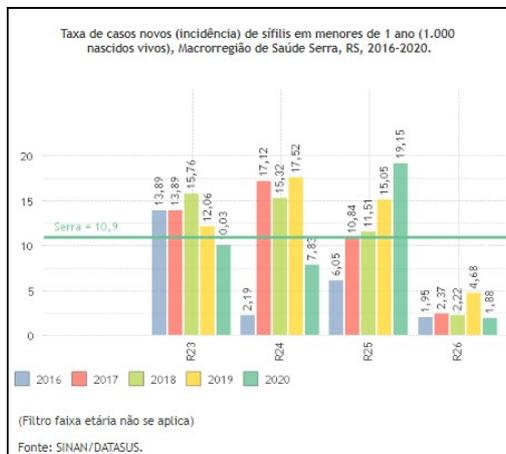
Gráfico 40. Taxa de casos novos (incidência) de sífilis em gestantes (1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



De acordo com o gráfico, em 2020, as Regiões 23 e 24 tiveram diminuição na incidência de sífilis em gestantes em relação a 2019, enquanto que as Regiões 25 e 26 tiveram um leve aumento no mesmo período.

3.26 TAXA DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS EM MENORES DE 01 ANO

Gráfico 41. Taxa de casos novos (incidência) de sífilis em menores de 1 ano (1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



Quanto à incidência de sífilis em menores de 1 ano, todas as regiões tiveram um decréscimo em 2020 em relação a 2019, exceto a Região 25, a qual teve um aumento de 4,10.

4. ESTRUTURA E REDES DE ATENÇÃO DA 5ª CRS

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS são considerados como termos equivalentes de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) sendo o nível de atenção responsável pelo cuidado e pela resolução das principais condições de saúde das pessoas e a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua principal estratégia de organização.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde de janeiro de 2022, a Macrosserra contava com 239 estabelecimentos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) como Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde ou Posto de Saúde. O número de estabelecimentos de APS se mostra proporcional ao tamanho populacional nas diferentes regiões da Macrosserra.

Figura 04: Quantidade de estabelecimentos cadastrados como Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde e Posto de Saúde na Macrosserra, por região de saúde, em janeiro de 2022.

Região de Saúde (CIR)		Quantidade
TOTAL		239
43023 Região 23 - Caxias e Hortênsias		78
43024 Região 24 - Campos de Cima da Serra		36
43025 Região 25 - Vinhedos e Basalto		77
43026 Região 26 - Uva Vale		48

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

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2022, a Macrosserra possuía 66,80% de sua população coberta pela APS, tendo uma cobertura comparativamente menor que o Estado do RS que possui 71,16% da população coberta pela APS.

Ao avaliarmos a cobertura por Estratégia de Saúde da Família (ESF) que é o modelo de atenção prioritário percebe-se uma significativa diminuição da população coberta, sendo 54,30%. Tendo, novamente uma cobertura comparativamente menor que o Estado do RS que possui 63,56%.

Figura 05: Cobertura da APS nas quatro regiões de saúde da Macrosserra.

Cobertura da Atenção Primária							
Região de Saúde	População	Qt. eAP financiada	Qt. eSF financiada	Qt. Cadastros eAP financiada	Qt. Cadastros eSF financiada	Qt. Total de Cadastros (lim.pop.IBGE)	Cobertura APS
Região 23 - Caxias e Hortênsias	635.758	34	71	96.441	250.055	341.241	53,67%
Região 24 - Campos de Cima da Serra	100.366	0	26	0	100.214	93.303	92,96%
Região 25 - Vinhedos e Basalto	323.831	17	56	48.996	203.665	246.481	76,11%
Região 26 - Uva Vale	192.500	18	39	34.712	126.249	156.113	81,09%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica/MS

Figura 06: Cobertura da APS no RS

UF	População	Qt. eAP financiada	Qt. eSF financiada	Qt. Cadastros eAP financiada	Qt. Cadastros eSF financiada	Qt. Total de Cadastros (lim.pop.IBGE)	Cobertura APS
RS	11.466.630	466	2.301	1.066.878	7.288.722	8.159.996	71,16%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica/MS

Grande parte dessa menor cobertura de APS na Macrosserra deve-se a região 23 - Caxias e Hortênsias com 53,67% devido ao município de Caxias do Sul que possui o

maior contingente populacional (523.716 habitantes) e cobertura de APS de 48,91% e cobertura de ESF de 32,79% (Figura 07).

Figura 07: Cobertura de ESF e APS do município de Caxias do Sul.

Cobertura da Atenção Primária							
Município	População	Qt. eAP financiada	Qt. eSF financiada	Qt. Cadastros eAP financiada	Qt. Cadastros eSF financiada	Qt. Total de Cadastros (lim.pop.IBGE)	Cobertura APS
CAXIAS DO SUL	523.716	28	49	84.461	171.728	256.189	48,91%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica/MS

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil. A partir de 2020, as equipes NASF-AB deixaram de receber repasse financeiro específico, o qual foi incorporado ao recurso total para custeio da APS.

Por isso, a maioria das equipes foram descontinuadas. Os municípios que permaneceram com equipe de NASF-AB no SCNES são: Bom Princípio, Farroupilha, Jaquirana, Picada Café e Nova Petrópolis. Observa-se, portanto, a necessidade de fortalecimento das equipes multiprofissionais na APS e na rede de atenção da Macrosserra.

4.1.1 Academias da Saúde

O Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção à saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços com estrutura para a prática de atividades corporais e estímulo à adoção de hábitos saudáveis. Esses locais fazem parte da rede de Atenção Primária à Saúde e complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção à saúde em articulação com as outras equipes do território. Atualmente, 10 municípios possuem polos em funcionamento: Cotiporã, Farroupilha, Jaquirana, Monte Alegre dos Campos, Nova Roma do Sul, Picada Café, Pinhal da Serra, Nova Petrópolis (2), Vale Real e Veranópolis.

4.1.2 Saúde da Mulher

A Rede Materno-Paterno-Infantil visa a dispor de fluxo adequado para o atendimento ao planejamento sexual e reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e primeira infância, com o propósito de qualificar a assistência e reduzir as taxas de mortalidade materna, infantil e fetal, e proporcionar acesso do homem aos serviços de saúde. Está vinculada à Rede Cegonha, estratégia do MS e na qual mulheres, homens, recém-nascidos e crianças têm direito ao acesso ampliado, ao acolhimento e ao pré-natal de qualidade (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha prevê financiamento para ampliação dos exames de pré-natal (incluindo teste rápido de gravidez e de detecção da Sífilis e HIV), ampliação e qualificação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, de Unidades de

Cuidados Intermediários (UCI) e UTI neonatal, de leitos de gestação de alto risco, assim como adequação da ambiência das maternidades, construção e custeio de Centros de Parto Normal (CPN) e Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas (CGBP). Possui ainda espaços deliberativos, tanto em nível estadual quanto regional, tais como o Grupo Condutor da Rede Cegonha e os Colegiados de Maternidades e Fóruns Perinatais (BRASIL, 2011).

Tem como estratégia de acesso da Gestante no Pré-Natal na Atenção Básica ao Ambulatório de Gestante de Alto Risco (AGAR) conforme Protocolo Estadual, porém mesmo após referenciamento para o serviço especializado, a gestante deve manter o vínculo com a equipe da APS (Portaria SES/RS Nº 660/2012), Incentivo ao Alto Risco Hospitalar (Portaria SES/RS Nº 371/2008) e Regionalização do Parto e Nascimento (Resolução CIB/RS Nº 206/2017 e Portaria SES/RS Nº 359/2017), bem como os Ambulatórios de Seguimento de Egressos (Resolução CIB/RS Nº 105/2011).

Pré-natal do parceiro: tem pôr objetivo a participação efetiva do pai/parceiro no período da gestação, parto e puerpério, também como forma de proteção, prevenção, cuidado, autocuidado e tratamento de agravos e Infecções Sexualmente Transmissíveis (HIV e/ou sífilis) (BRASIL, 2016).

A Linha de Cuidado da Mulher Privada de Liberdade: abrange todas as mulheres que estão no sistema prisional no estado do RS. Quanto ao acompanhamento do PIM às famílias extensas, a oferta e a coleta dos dados são realizadas pelos profissionais dos estabelecimentos prisionais, e a visita domiciliar ocorre nos municípios que possuem o PIM habilitado. Para que a APS possa ordenar a RAS, é essencial integrar a rede de atenção perinatal, a partir da definição de responsabilidades em todos os níveis de atenção e integração do cuidado entre a APS e a Atenção Hospitalar.

Em relação ao Ambulatório da Gestante de Alto Risco (AGAR) existem duas referências para Macrosserra - uma pactuada no Hospital Geral de Caxias do Sul, para Região 23, 24 e 26 e outra sendo estruturada no município de Bento Gonçalves especificamente para Região 25. Além da função assistencial, o ambulatório deve realizar matriciamento para a rede e supervisão e educação permanente aos profissionais e às usuárias, compartilhando o cuidado das gestantes com a APS.

Ressalta-se, portanto, a necessidade de efetivar o processo de educação permanente às equipes da APS dos municípios referenciados para esses serviços.

Ambulatórios de Seguimento de Egressos (ASE) de Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), instituídos pela Resolução CIB/RS Nº 324/2010, sua finalidade é garantir e oportunizar o acompanhamento diferenciado aos recém-nascidos, após a alta hospitalar das UTIN, pelo período de dois anos, devido ao maior risco de morbimortalidade dessa população. Os ASE de UTIN utilizam a estrutura de um hospital de referência regional ou macrorregional, no caso da Macrosserra, o ASE foi estruturado no Ambulatório do Hospital Geral e disponibilizam consultas nas especialidades pediátricas (neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e cirurgia pediátrica) e é composto por equipes multidisciplinares, incluindo fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, psicologia e/ou nutrição. O acompanhamento especializado deve ser compartilhado com a APS, ordenadora do cuidado.

Atendimento ao parto na Macrosserra existem 122 leitos obstétricos pelo SUS, conforme consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES 2022), sendo necessários 86 leitos para a Rede Cegonha. Quanto ao atendimento de alto risco ao neonato, encontram-se habilitados no SUS 27 leitos de UTI Neonatal (CNES, 2022).

Os quantitativos de leitos de UTI Neonatal e de leitos obstétricos estão em suficiência para a assistência à população da Macrosserra (Portaria GM/MS Nº 1.631, de 2015) (BRASIL, 2015). Em 2017, iniciou-se a implementação do processo de regionalização do parto e nascimento no RS (Resolução CIB/RS Nº 206/2017, Portaria SES/RS Nº 359/2017 e Nota Técnica 001/2017, que apresenta recomendações da SES/RS para serviços que atendem parto de risco habitual e alto risco).

Figura 048. Planilha de regionalização do parto de risco habitual e alto risco Macrosserra 2022

CRS	Região	CNES	UNIDADE	MUNICÍPIO	Habilitação	Tipo de Serviço	Referência
51	R25	2241021	SOCIEDADE DR BARTHOLOMEU TACCHINI	Bento Gonçalves	Portaria SES 865/2021	Maternidade de Alto Risco	Todos os municípios da 25ª Região de Saúde
	R25	2241021	SOCIEDADE DR BARTHOLOMEU TACCHINI	Bento Gonçalves	Portaria SES 865/2021	Maternidade de Risco Habitual	Bento Gonçalves, Santa Tereza, Pinto Bandeira, Monte Belo do Sul, Carlos Barbosa
	R25	2241021	SOCIEDADE DR BARTHOLOMEU TACCHINI	Bento Gonçalves	Portaria SES 865/2021	Ambulatório Gestante de Alto Risco	Todos os municípios da Região de Saúde 25
	R23	2235609	HOSPITAL DE CARIDADE DE CANELA	Canela	Portaria SES 45/2022	Maternidade de Risco Habitual	Canela
	R23	2223546	PRO SOCIAL DAMAS CARIDADE MANTENEDORA HOSP N 5 DE POMPEIA	Caxias do Sul	Portaria SES 639/2021	Maternidade de Risco Habitual	Caxias do Sul
	R26	2240335	HOSPITAL BENEFICENTE SÃO CARLOS	Farrópilha	Portaria SES 639/2021	Maternidade de Risco Habitual	Todos os municípios da 26ª Região de Saúde
	R25	2257645	HOSPITAL BENEFICENTE SÃO PEDRO	Garibaldi	Portaria SES 639/2021	Maternidade de Risco Habitual	Garibaldi, Boa Vista do Sul, Coronel Pilar
	R23	2241153	SOC EDUC E CARIDADE HOSPITAL ARCANJO SÃO MIGUEL	Gramado	Portaria SES 639/2021	Maternidade de Risco Habitual	Gramado
	R25	2793237	SOC BENEF. MANOEL FRANCISCO GUERREIRO	Guaporé	Portaria SES 45/2022	Maternidade de Risco Habitual	Guaporé, União da Serra, Vista Alegre do Prata
	R25	2241161	HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA	Nova Prata	Portaria SES 45/2022	Maternidade de Risco Habitual	Nova Prata, Protásio Alves, Nova Araçá, São Jorge, Guabiju, Parai
	R24	2241048	SOCIEDADE CARIT UTI SÃO JOSÉ HOSPITAL NOSSA S DA OLIVEIRA	Vacaria	Portaria SES 639/2021	Maternidade de Risco Habitual	Todos os municípios da 24ª Região de Saúde
	R25	2707977	HOSPITAL COMUNITARIO SÃO PELEGRINO LAZZIOZI	Veranópolis	Portaria SES 45/2022	Maternidade de Risco Habitual	Veranópolis, Vila Flores, Fajundes Varela, Cotporã, Nova Bassano
	R23	2241102	HOSPITAL DE NOVA PETRÓPOLIS	Nova Petrópolis		Maternidade de Risco Habitual	Nova Petrópolis, Picada Café e Linha Nova
	R23	2223538	HOSPITAL GERAL	Caxias do sul		Ambulatório Gestante de Alto Risco	Todos os municípios da R23, R24 e R26
	R23	2223538	HOSPITAL GERAL	Caxias do Sul		Maternidade de Alto Risco	Todos os municípios da R23, R24 e R26
R23	2223538	HOSPITAL GERAL	Caxias do Sul		Maternidade de Risco Habitual	Caxias do Sul	

Fonte: Saúde da Mulher -5ª CRS

De acordo com a CIB 50/2022, deliberação conjunta da Macrosserra nº 10/2022, na maternidade de risco habitual, Parai tem como referência o Hospital Beneficente Nossa Senhora Aparecida, no mesmo município.

4.1.3 Assistência ao Planejamento Familiar

A ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos é uma das ações imprescindíveis para que possamos garantir o exercício dos direitos reprodutivos. Para que isto se efetive, é preciso manter a oferta de métodos anticoncepcionais na rede pública de saúde e contar com profissionais capacitados para auxiliar a mulher a fazer sua opção contraceptiva em cada momento da vida.

Os serviços de saúde devem fornecer todos os métodos anticoncepcionais recomendados pelo Ministério da Saúde, assim como o acesso a Vasectomia e Laqueadura. Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde devem empenhar-se em bem informar aos usuários para que conheçam todas as alternativas de anticoncepção e possam participar ativamente da escolha do método. Considerando que a AIDS vem se tornando uma das principais causas de morte entre mulheres jovens, é fundamental que se estimule a prática da dupla proteção, ou seja, a prevenção simultânea das doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive a infecção pelo HIV/AIDS e a gravidez indesejada. Isso pode se traduzir no uso dos preservativos masculino e feminino ou na opção de utilizá-los em associação a outro método anticoncepcional da preferência do indivíduo ou casal.

Figura 09. Hospitais com habilitação para vasectomia e laqueadura

HOSPITAIS	MUNICÍPIO
HOSPITAL ARCANJO SÃO MIGUEL	GRAMADO
HOSPITAL DE CANELA	CANELA
HOSPITAL FÁTIMA	FLORES DA CUNHA
HOSPITAL GERAL	CAXIAS DO SUL
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA OLIVEIRA	VACARIA
HOSPITAL SÃO CARLOS	FARROUPILHA
HOSPITAL SÃO ROQUE	CARLOS BARBOSA
HOSPITAL SCHLATTER	FELIZ
HOSPITAL SÃO PEDRO	GARIBALDI

Fonte: Saúde da Mulher- 5ª CRS

Apesar de termos nove Hospitais habilitados para realização dos procedimentos e Vasectomia e Laqueadura, nos deparamos com vários municípios da Região 23, 25 e 26 sem referência pactuada para realização destes procedimentos.

Câncer de Mama

O câncer do colo do útero é uma doença com elevado potencial de prevenção e cura, pois apresenta lesões precursoras e uma progressão, na maioria dos casos, lenta. O método eleito para rastreamento do câncer do colo do útero é o exame cito patológico (exame de Papanicolau) ou “preventivo”, que deve ser realizado, prioritariamente, por mulheres na faixa dos 25 aos 64 anos.

O processo de rastreamento tem por finalidade abordar uma população assintomática, aparentemente saudável, para identificar o momento do adoecimento.

Gráfico 42. Razão de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos – Macrosserra.



Fonte: SIA/SUS

Em análise aos dados, observamos que as Regiões de Saúde da Macrosserra não atingem a meta Estadual no decorrer de anos. Em 2019 apresentou pequena elevação, com uma queda expressiva em 2020 e uma leve recuperação em 2021.

A realização de mamografias destina-se a população feminina residente com idade entre 50 e 69 anos no RS, faixa etária a que se destina o programa de rastreamento conforme diretrizes do MS.

Gráfico 43. Razão de exames de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres de 50 a 69 anos, Macrosserra.



Observamos que ocorreu um aumento na razão de exames de rastreamento a partir de 2017, atingindo 0,37 em 2019, com um aqueda brusca em 2020 com a pandemia. No ano de 2021 os municípios retomaram de forma tímida no avanço ao alcance da meta, porém ainda necessitam implementar muita articulação para atingir o público alvo e o alcance da meta.

4.1.4 Saúde do Homem

Segundo estimativas elaboradas pelo Ministério da Saúde, no ano de 2021 a Macrosserra contava com 363.323 homens de 20 a 59 anos (Figura 10).

Figura 10 - Estimativa da população residente do sexo masculino na Macrosserra de 20 a 59 anos no ano de 2021.

POPULAÇÃO RESIDENTE - ESTUDO DE ESTIMATIVAS POPULACIONAIS POR MUNICÍPIO, IDADE E SEXO 2000-2021 - BRASIL

População residente segundo Macrorregião de Saúde
 Macrorregião de Saúde: 4310 SERRA
 Sexo: Masculino
 Faixa Etária 2: De 20 a 24 anos, De 25 a 29 anos, De 30 a 34 anos, De 35 a 39 anos, De 40 a 44 anos, De 45 a 49 anos, De 50 a 54 anos, De 55 a 59 anos
 Período: 2021

Macrorregião de Saúde	População residente
TOTAL	363.323
4310 SERRA	363.323

Fonte:
 • 2000 a 2021 - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

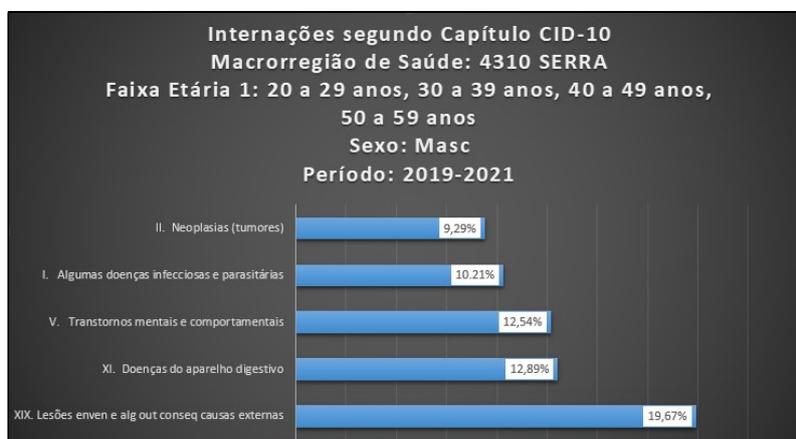
Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem (PEAISH) incentiva os municípios a implementarem ações de prevenção e promoção de saúde, principalmente, com medidas na APS que evitem as internações por condições sensíveis à APS.

Ações de inclusão dos homens nos serviços de saúde, tais como o pré-natal do parceiro, podem se configurar como instrumentos de acolhimento e desenvolvimento de consciência masculina tanto na promoção de saúde, quanto na prevenção de doenças e tem sido divulgado pela 5ª Coordenadoria Regional de Saúde como uma das estratégias para sensibilização em relação à saúde do homem.

Na Macrosserra, as principais causas de internações em homens de 20 a 59 anos entre os anos de 2019 a 2021, segundo capítulo do CID-10 foram as provocadas por: lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas seguidas por doenças do aparelho digestivo, transtornos mentais e comportamentais, algumas doenças infecciosas e parasitárias e neoplasias.

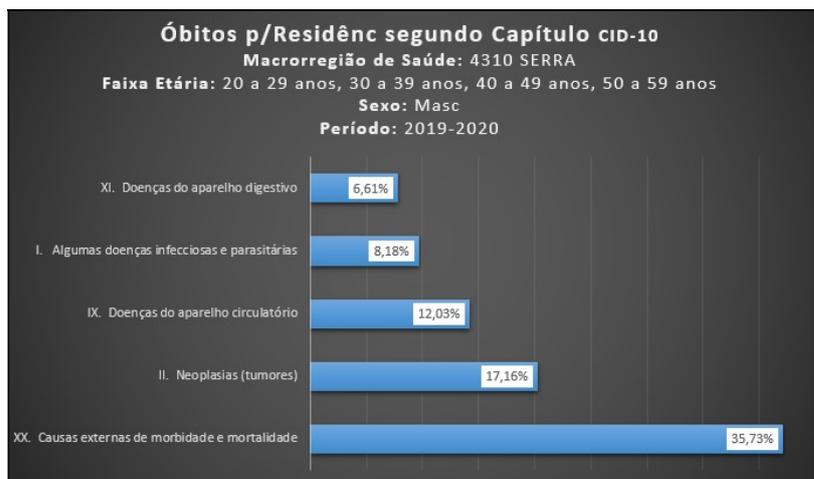
Gráfico 44: Proporção de Internações por Capítulo CID na Macrosserra em Homens de 20 a 59 anos (2019-2021).



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Em relação à mortalidade na Macrosserra, as principais causas em homens de 20 a 59 anos entre os anos de 2019 a 2020, segundo o capítulo do CID-10 foram as provocadas por causas externas de morbidade e mortalidade, neoplasias, doenças do aparelho circulatório, algumas doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo.

Gráfico 45: Óbitos na Macrosserra por Capítulo CID, por idade (2019-2020).



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Partindo dos dados epidemiológicos expostos observa-se a necessidade de minimizar barreiras e ampliar o acesso do público masculino às ações de prevenção e promoção de saúde com o objetivo de prevenir internações, em particular, as provocadas por causa externas (traumatismos, fraturas, intoxicações), assim como as provocadas pela saúde mental dos homens da Macrosserra.

A prevenção e promoção da saúde se mostram fundamentais em relação aos óbitos provocados por neoplasias, doenças do aparelho circulatório e causas externas.

Estratégias de aprimoramento do acesso ao público masculino na APS como: horário estendido, ações no território das Unidades Básicas de Saúde, inclusive, em empresas em conjunto com a saúde do trabalhador; a implantação do pré-natal do parceiro e ações relacionadas ao Programa Saúde na Escola (PSE) podem ser estratégias para o público masculino.

4.1.5 Saúde do Adolescente

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde circunscrevem a adolescência no período de 10 a 19 anos.

Segundo estimativas do Ministério da Saúde, no ano de 2020, a Macrosserra contava com 157.821 adolescentes de 10 a 19 anos, correspondendo a 12,7% da população total. Existe uma discreta prevalência da população adolescente masculina em relação à feminina, inclusive em todas as regiões da Macrosserra.

Figura 11: Estimativa da população residente de 10 a 19 anos na Macrosserra, por sexo, em 2020.

POPULAÇÃO RESIDENTE - ESTUDO DE ESTIMATIVAS POPULACIONAIS POR MUNICÍPIO, IDADE E SEXO 2000-2020 - BRASIL

População residente por Sexo segundo Região de Saúde (CIR)
 Região de Saúde (CIR): 43023 Região 23 - Caxias e Hortêntas, 43024 Região 24 - Campos de Cima da Serra, 43025 Região 25 - Vinhedos e Basalto, 43026 Região 26 - Uva Vale
 Macrorregião de Saúde: 4310 SERRA
 Sexo: Masculino, Feminino
 Faixa Etária 1: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos
 Período: 2020

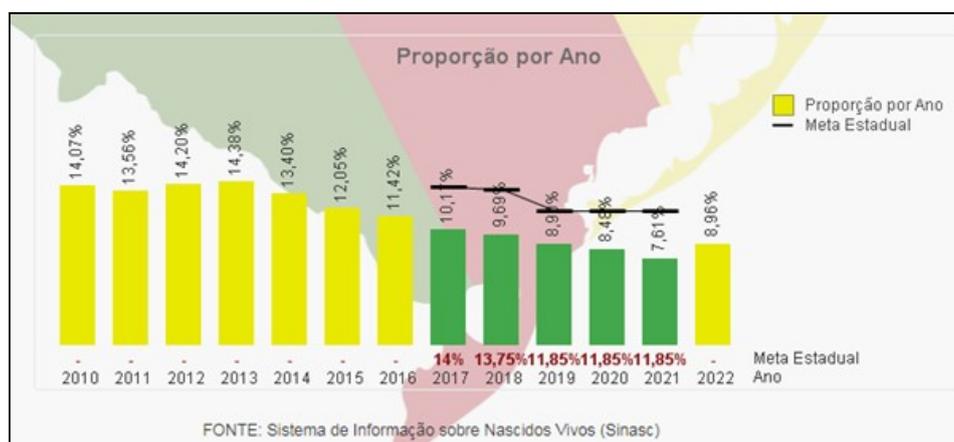
Região de Saúde (CIR)	Masculino	Feminino	Total
TOTAL	81.362	76.459	157.821
43023 Região 23 - Caxias e Hortêntas	43.391	41.191	84.582
43024 Região 24 - Campos de Cima da Serra	6.913	6.605	13.518
43025 Região 25 - Vinhedos e Basalto	19.206	17.660	36.866
43026 Região 26 - Uva Vale	11.852	11.003	22.855

Fonte:
 • 2000 a 2020 - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASHT/CGIAE

Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE

Em relação à proporção de gravidez na adolescência, a Macrosserra apresentou 7,61% de nascimentos de mães adolescentes do total de nascimentos no ano de 2021, demonstrando uma leve tendência de queda ao longo da última década. Esta proporção de gravidez na adolescência apresentou melhores resultados que a proporção do Estado no ano de 2021 que foi de 9,62% (Figura 12).

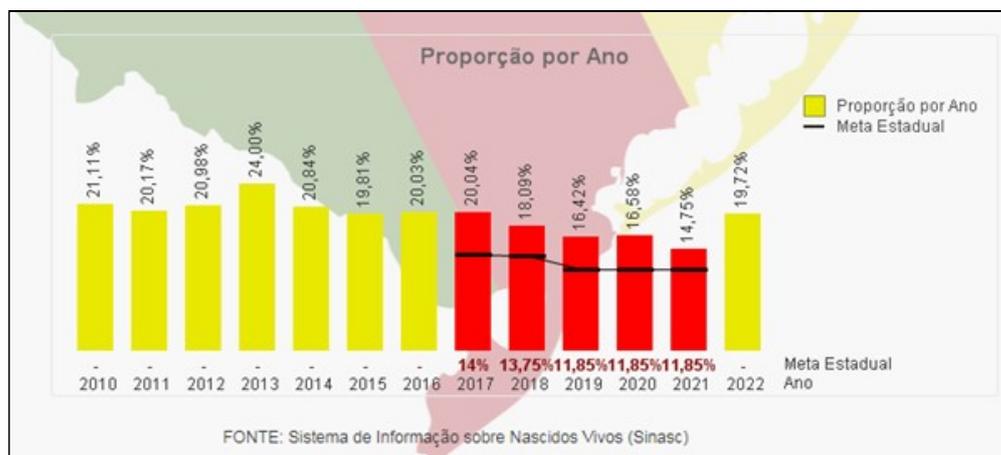
Figura 12. Série histórica de proporção de gravidez de adolescentes na Macrosserra.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

Ainda em relação à gravidez na adolescência, destaca-se, negativamente, os dados da Região 24, com 14,75% de nascimentos de mães adolescentes no total de nascimentos no ano de 2021, acima da média do Estado.

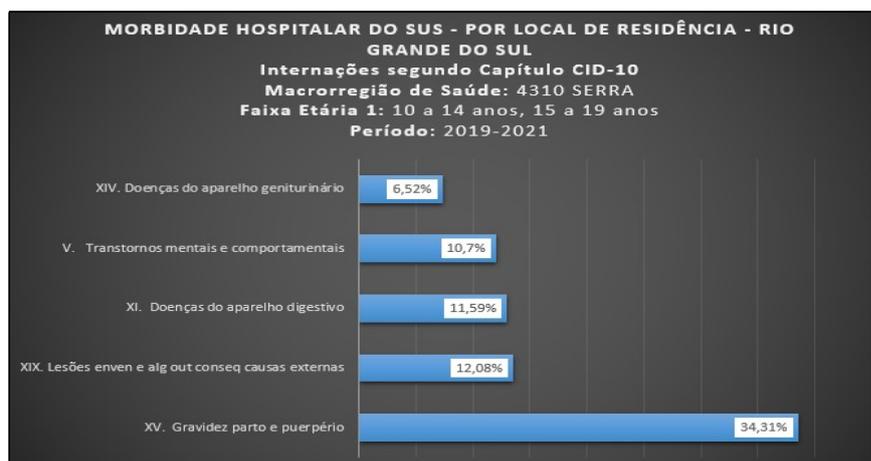
Gráfico 47: Série histórica de proporção de gravidez de adolescentes na região 24 - Campos de Cima da Serra.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Na Macrosserra, entre os anos de 2019 a 2021, ocorreram 11.225 internações de adolescentes de 10 a 19 anos. As principais causas de internação, segundo capítulo do CID-10, foram as provocadas por: gravidez, parto e puerpério, seguidas por lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, doenças do aparelho digestivo, transtornos mentais e comportamentais e doenças do aparelho geniturinário.

Gráfico 48: Proporção de Internações por Capítulo CID na Macrosserra em Adolescentes de 10 a 19 anos (2019-2021).



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

Em relação às notificações de violência sexual na Macrosserra, entre 2019-2021, observa-se um maior número de notificações na faixa etária de 10-14 anos comparando-se a todas as faixas etárias no somatório das quatro regiões de saúde.

Figura 13: Frequência de notificação de violência sexual na Macrosserra, por faixa etária, região de saúde entre 2019-2021.

VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA - RIO GRANDE DO SUL

Frequência por Faixa Etária segundo Região de Saúde (CR) de notif
 Macrorreg. de Saúde de notificação: 4310 SERRA
 Viol. Sexual: Sim
 Período: 2019-2021

Região de Saúde (CR) de notif	<1 Ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 e mais	Total
TOTAL	9	139	188	203	102	78	45	20	16	7	807
43023 Região 23 - Caxias e Hortênsias	5	89	109	103	47	45	24	9	5	2	438
43024 Região 24 - Campos de Cima da Serra	2	9	5	7	5	5	5	-	1	1	40
43025 Região 25 - Vinhedos e Basalto	1	28	59	77	42	23	14	10	7	3	204
43026 Região 26 - Uva Vale	1	13	15	16	8	5	2	1	3	1	65

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

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

Observa-se uma discrepância no número de notificações de violência na Região de Saúde 24 em relação às demais.

Dentre as ações voltadas à saúde do adolescente na Macrosserra, destaca-se o Programa Saúde na Escola (PSE), programa para integração entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de APS e da Educação Básica. No ciclo 2021/2022 do PSE, a Macrosserra teve 501 escolas inseridas no PSE em 46 municípios, totalizando 107.472 alunos. Dentre as 13 ações do PSE podemos citar, inclusive, aquelas que trabalham a prevenção das principais causas de morbimortalidade entre o público adolescente.

Alguns municípios da Macrosserra, mediante solicitação à 5ª CRS, distribuem a Caderneta de Saúde de Adolescentes, nas versões masculina e feminina como um instrumento de apoio aos profissionais e aos adolescentes, abordando temas como sexualidade, uso de tabaco, álcool e outras drogas, atividades físicas, alimentação, saúde bucal, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, e também projetos de vida, preconceitos e diferenças.

Outra ação voltada ao público adolescente na Macrosserra ocorre em três municípios elegíveis pelo Programa RS Seguro - Caxias do Sul, Bento Gonçalves e Farroupilha - através do Eixo de Prevenção do Programa. Neste caso, o programa RS Seguro é voltado à população de adolescentes de 22 escolas e profissionais das áreas da saúde e educação. O objetivo principal é trazer temáticas importantes não só para a prevenção das IST/HIV/Aids, mas também de saúde integral, como a saúde reprodutiva, uso de álcool e outras drogas, diversidade, estigma e discriminação, violência e bullying, através de estratégias inovadoras que provoquem o interesse e sejam eficazes na mudança de atitudes.

4.1.6 Saúde da Criança

PIM MACROSSERRA

O PIM tem como objetivo apoiar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, na promoção do desenvolvimento integral das crianças, desde a gestação até os seis anos de idade.

Eixos de atuação:

Vigilância e promoção do desenvolvimento integral infantil;

Interação parental positiva;

Articulação em rede;

A atuação do PIM se dá por meio de visitas domiciliares e atividades grupais periódicas de viés lúdico, que são realizadas a partir de planos singulares de atendimento, e da articulação de ações em rede.

Tabela 04. Habilitação do PIM na Macrosserra

Cód. IBGE	CRS	Município	PIM MACRO SERRA DEZ 2021		
			Número de Visitadores		
			20h	30h	40h
4302105	05ª	Bento Gonçalves	0	0	9
4302303	05ª	Bom Jesus	0	0	6
4302352	05ª	Bom Princípio	0	1	0
4305108	05ª	Caxias do Sul	0	50	0
4307401	05ª	Esmeralda	0	0	4
4307906	05ª	Farroupilha	0	8	0
4308102	05ª	Feliz	0	0	1
4309100	05ª	Gramado	0	8	0
4312906	05ª	Nova Bassano	0	2	0
4314464	05ª	Pinhal da Serra	0	1	4
4318622	05ª	São José dos Ausentes	0	0	1
4319000	05ª	São Marcos	0	0	2
4322509	05ª	Vacaria	0	0	9

Fonte: Coordenação do PIM 5ª CRS

O público-alvo para atendimento do PIM são famílias com gestantes e/ou com crianças menores de seis anos de idade.

Nota-se, portanto, que há pouca adesão ao PIM, já que são apenas 13 municípios que permanecem no programa. Na última etapa de Adesão 2022, 04 municípios da Macrosserra realizaram a adesão, totalizando 17 se ocorrer a habilitação.

Atenção à Saúde do Recém-Nascido

Um dos maiores desafios do Brasil para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio é a sua alta taxa de mortalidade perinatal, em particular nas regiões mais pobres. A organização da rede integral de assistência à mulher, à gestante e ao recém-nascido é premissa básica para a promoção da saúde e a redução dos agravos e mortes precoces e evitáveis de mulheres e crianças.

Vigilância da mortalidade infantil e fetal

É uma importante estratégia para a redução da mortalidade infantil e fetal, que possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. Tem sido estimuladas ações de mobilização das equipes de saúde para a identificação do óbito infantil e fetal, qualificação das informações, investigação e análise de evitabilidade dos óbitos e identificação das medidas necessárias para a prevenção de novas ocorrências. Recomenda-se a criação de Comitês Estaduais e Municipais de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal como uma importante estratégia de melhoria na organização da assistência de saúde para a redução das mortes preveníveis, bem como a melhoria dos registros sobre a mortalidade.

Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz

Os acidentes e as agressões na faixa etária de zero a nove anos ocupam a quinta causa de mortalidade na infância, configurando-se em relevante problema de saúde pública. É prioritária a prevenção de violências à criança por meio da formulação de diretrizes e parâmetros de atenção à saúde, prevenção e cuidados de crianças em situação de risco, e a disponibilização de metodologias voltadas ao acolhimento e à proteção de crianças, articulando essas ações com a rede intersetorial.

Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, propiciando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos à saúde e cuidados em tempo oportuno.

A Caderneta de Saúde da Criança-Passaporte da Cidadania a todas as crianças nascidas no território nacional, é um instrumento de registro e orientações que auxilia nesse acompanhamento. Seu uso adequado é importante para estreitar e manter o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde.

Os municípios da Macrosserra estão sem o abastecimento de Cadernetas de Criança desde o ano de 2021, pelo Ministério da Saúde, comprometendo o processo de acompanhamento e registro do desenvolvimento das crianças.

Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno

O aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. Recomenda-se o aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses. Os esforços de diversos organismos nacionais e internacionais favoreceram o aumento desta prática ao longo dos últimos vinte e cinco anos. A Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno contempla as seguintes estratégias:

- Rede Amamenta Brasil

- Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
- Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- Proteção legal ao aleitamento materno e mobilização social
- Monitoramento dos indicadores de aleitamento materno

Observa-se a necessidade de aperfeiçoamento no monitoramento das estratégias e dos indicadores do aleitamento materno na Macrosserra em todos os níveis de atenção à saúde.

4.1.7 Saúde do Idoso

A Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa objetiva promover a manutenção da capacidade funcional, da autonomia e independência, contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável, priorizando a população acima de 80 anos, em consonância ao Estatuto do Idoso (SES/RS, 2021).

APS e Saúde do Idoso

Ao se considerar que as pessoas idosas apresentam frequentemente condições de saúde crônicas, a APS precisa ofertar a assistência que vise à integralidade do cuidado.

A Rede Bem Cuidar, instituída pelo Decreto Estadual nº 56.062, de 29 de agosto de 2021, visa induzir a melhoria das práticas de saúde e o cuidado para o envelhecimento saudável, impactando na qualidade de vida da população gaúcha. A tabela descreve os municípios da Macrosserra que são participantes:

Tabela 05: Municípios da Macrosserra participantes da Rede Bem Cuidar.

Região 25	Bento Gonçalves	Região 23	Canela
	Carlos Barbosa		Caxias do Sul
	Guabiju		Gramado
	Guaporé		Nova Petrópolis
	Monte Belo do Sul		Picada Café
	Nova Araçá		Bom Jesus
	Nova Bassano		Esmeralda
	Nova Prata		Jaquirana
	Paráí		Monte Alegre dos Campos
	Pinto Bandeira		Muitos Capões
	Protásio Alves		Pinhal da Serra
	Santa Tereza		São José dos Ausentes
	São Jorge		Vacaria
	União da Serra		
	Veranópolis		
	Vila Flores		
	Vista Alegre do Prata		
Região 26	Alto Feliz		
	Bom Princípio		
	Farroupilha		
	Feliz		
	Ipê		
	Nova Roma do Sul		
	São Vendelino		
Vale Real			

Fonte: SES/RS.

Destaca-se, no entanto, que alguns municípios não puderam realizar a adesão à Rede Bem Cuidar, mesmo com considerável população idosa, devido ao número reduzido de profissionais nas equipes multiprofissionais, não cumprindo os critérios mínimos para a adesão. Isso prejudica o cuidado integral a essa população, que apresenta demandas que transcendem a atenção à saúde ofertada pelas equipes mínimas da APS.

Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

As ILPI são instituições de moradia exclusivas para idosos, originadas a partir dos antigos “asilos”.

Na Macrosserra, 20 municípios que apresentam ILPI no território são: Antônio Prado, Bento Gonçalves, Bom Jesus, Bom Princípio, Canela, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Farroupilha, Feliz, Garibaldi, Gramado, Guaporé, Nova Petrópolis, Nova Prata, Picada Café, Pinto Bandeira, São Marcos, Vacaria, Veranópolis e Vila Flores, num total de 80 ILPIs.

Ressalta que apenas quatro ILPIs são filantrópicas (uma instituição em Bento Gonçalves, duas em Gramado, uma em Vacaria e outra em Veranópolis), no município de Caxias do Sul, a Fundação de Assistência Social adquire vagas em ILPIs privadas.

Atenção especializada

Alguns municípios têm o profissional geriatra que realiza a atenção à saúde da pessoa idosa (Bento Gonçalves e Caxias do Sul), entretanto, não há um serviço ou ambulatório de referência regional para os demais municípios.

Observa-se, portanto, que há um vazio assistencial na atenção ao idoso em nível especializado.

4.1.8 Equidades

Política de Promoção das Equidades

Através da Portaria SES nº 512/2020, tem-se a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (POPES), com o objetivo de promover a equidade no acesso e na atenção à saúde de populações específicas, tais como:

- Política de Saúde da População Negra: a Comunidade Quilombola de Mato Grande no município de Muitos Capões é a única pertencente à 5ª CRS e conta com 145 pessoas remanescentes de quilombos. A ESF do município busca superar as barreiras de acesso aos serviços e desenvolve ações de enfrentamento ao racismo, apesar de ainda estarmos aquém de efetivamente promover a equidade étnico-racial em saúde a nível de Macrosserra.
- Política de Saúde Indígena: as comunidades indígenas aldeadas são acompanhadas pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena vinculadas à SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena –, prestando apoio à APS de forma itinerante nas aldeias e nos acampamentos. O Estado, assim como os municípios, atua de maneira complementar na atenção à saúde; porém, a média e

a alta complexidade são prestadas pela rede municipal. As Comunidades Indígenas presentes na Macrosserra estão sediadas em Bento Gonçalves, Canela e Farroupilha, e as lideranças indígenas esforçam-se para que o sistema de saúde leve em consideração as especificidades culturais e epidemiológicas a fim de promover cuidado integral e equânime aos povos aldeados.

- Política de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT: apesar dos marcos legais que contribuem para o avanço da pauta e da tentativa de romper com o histórico de desigualdade, discriminação e preconceito social, ainda existem inúmeras lacunas, como, por exemplo, fragilidade no mapeamento dos dados referentes à situação de saúde dessa população.
- Política de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas: embora a abrangência da política seja para todo o Estado, não há financiamento próprio nem equipe de saúde específica. Observa-se que há uma fragilidade no mapeamento em nível estadual para o acompanhamento do referido público.
- Política de Saúde da População Privada de Liberdade: existem penitenciárias em Bento Gonçalves, Canela, Caxias do Sul (duas equipes), Guaporé, Nova Prata e Vacaria, acompanhadas pelas equipes de APS. No entanto, apenas os municípios de Caxias do Sul e Guaporé possuem equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) credenciadas e recebendo recursos de custeio. Ainda há um caminho longo a percorrer no tocante do acesso integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, principalmente pelo estigma e discriminação pelos quais enfrentam.
- Política de Saúde da População em Situação de Rua: devido ao fato de ser o único município da Macrosserra com mais de 300.000 habitantes, somente Caxias do Sul conta com Equipe de Consultório na Rua (eCR). Outro dispositivo importante no que tange o acesso à saúde dessa população é a Equipe de Redução de Danos (eRD), e esta pode ser solicitada por todos os municípios que contam com mais de 16.000 habitantes. Ambos os serviços fortalecem ações de controle de doenças infectocontagiosas e demais agravos de saúde das pessoas que se encontram em situação de rua.
- Política de Saúde de Migrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas do Tráfico de Pessoas: há muito que se avançar nesta política, tendo em vista a crescente demanda de migrantes e refugiados em nossa Macrosserra. Apesar de cartilhas e materiais elaborados com o intuito de facilitar a comunicação, há muitos desafios ainda para um aprimoramento do acesso aos serviços de saúde e das práticas profissionais voltadas para essa população.
- Política de Saúde do Povo Cigano/Romani: com a publicação da POPES, o povo cigano foi incluído como uma das populações específicas abrangidas por essa legislação. Porém, não há financiamento próprio nem equipe de saúde específica, e há uma fragilidade no mapeamento em nível estadual para o acompanhamento do referido público. A realidade e os costumes dos povos ciganos ainda carecem de maior compreensão por parte dos órgãos competentes.

Embora a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (POPES) tenha sido um marco importantíssimo para assegurar e ampliar os direitos à saúde de forma integral e equânime dessas populações específicas, há ainda grandes desafios na tentativa de engajar intersetorialmente os municípios e seus dispositivos do SUS. Apesar de algumas ações compensatórias no intuito de corrigir injustiças históricas produzidas ao longo dos séculos contra essas populações, ainda é um público com certa invisibilidade no âmbito do acesso e direito à saúde. Há que se aprimorar a percepção e sensibilidade por parte dos trabalhadores e gestores do SUS, a fim de compreenderem que o modo de vida, a cultura, a orientação sexual, e os modos de vida das pessoas precisam ser considerados no processo de saúde e doença.

4.1.9 Políticas Transversais

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)

As PICS objetivam a integralidade em todas as suas dimensões, atuando na prevenção de agravos e na promoção e recuperação da saúde, com uma concepção ampliada do processo saúde-doença.

Na Macrosserra a implantação das PICS tem tido destaque na APS com registros de atendimentos, procedimentos e atividades coletivas. Em relação aos procedimentos, no ano de 2021, houve registros de PICS em 26 municípios da Macrosserra, nos quais, constam: acupuntura, massoterapia, tratamento termal/crenoterápico, quiropraxia, aromaterapia, imposição de mãos, terapia de florais, fitoterapia, medicina tradicional chinesa, práticas corporais, antroposofia, bioenergética, constelação familiar e termalismo. Destaque para auriculoterapia como PICS mais ofertada na APS da Macrosserra.

Entretanto, há ciência de que ainda existe um sub-registro das PICS ofertadas, existindo um maior número de municípios da Macrosserra que já ofertam tais práticas, necessitando capacitar os profissionais em relação ao correto registro das ações realizadas além de disseminar as informações em relação às PICS para os municípios que ainda não ofertam e do estímulo para troca de experiências e visibilidade às ações já ofertadas.

4.1.10 Saúde Bucal

O indicador de cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal (eSB) na APS é utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de saúde bucal nesse ponto de atenção com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com a última estimativa de dezembro de 2021 do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), a Macrosserra contava com 543.062 pessoas cobertas por saúde bucal na APS, totalizando 43,78% das pessoas da Macrosserra, ligeiramente menor que a cobertura estadual de 50,42%.

Figura 14 - Cobertura de Saúde Bucal Macrosserra (dividido em regiões)

MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família - DESF
 Unidades Geográficas: REGIÕES DE SAÚDE - RS - Região 23 - Caxias e Hortênsias
 Período: Dezembro de 2021

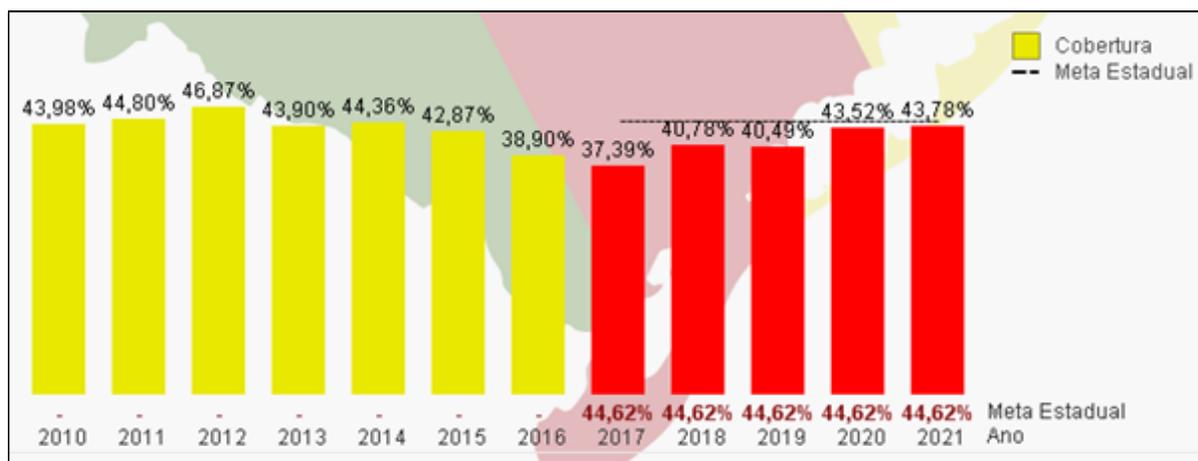
Cobertura de Saúde Bucal

Competência	Macrorregião	UF	Código Reg. Saúde	Região de Saúde	População	Nº eSFB Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF SB	Cobertura ESF SB	Estim. Pop. Cob. SB AB	Cobertura SB AB
DEC/2021	SUL	RS	43023	Região 23 - Caxias e Hortênsias	620.407	39	134.230	21,46%	228.520	34,77%
DEC/2021	SUL	RS	43024	Região 24 - Campos de Cima da Serra	230.094	4	21.064	21,87%	57.367	57,20%
DEC/2021	SUL	RS	43025	Região 25 - Vinhedos e Bonito	220.760	38	123.376	37,82%	170.304	53,60%
DEC/2021	SUL	RS	43026	Região 26 - Unaí/Passo	290.907	31	60.251	31,37%	95.709	50,22%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica/MS

A avaliação da série histórica de cobertura de saúde bucal na APS da Macrosserra torna preocupante a cobertura de saúde bucal. Ao longo da última década não ocorreu avanço da cobertura de saúde bucal, mesmo com a grande demanda reprimida e com a responsabilidade de ações relacionadas à prevenção e promoção em saúde bucal.

Gráfico 49: Porcentagem da população da Macrosserra coberta por saúde bucal na APS.



Fonte: BI, RS.

A Região 23 – Caxias e Hortênsias que tem uma cobertura de apenas 34,77%, impactada principalmente pela cobertura de apenas 27,37% do município de Caxias do Sul que possui o maior contingente populacional da região.

Na atenção especializada, o tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) é responsável pelos serviços de média complexidade em saúde bucal. A Macrosserra apresenta atualmente um vazio assistencial enquanto macrorregião. Atualmente há a habilitação de apenas dois CEOs municipais que prestam assistência exclusivamente aos municípios das duas maiores cidades da macrorregião: Caxias do Sul e Bento Gonçalves. De acordo com o contingente populacional da macrorregião se faz necessário idealmente, a longo prazo, a pactuação de ao menos um CEO Regional para cada região de saúde que compõem a Macrosserra.

A Macrosserra possui apenas dois municípios com Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) habilitados – Caxias do Sul e Guaporé, fundamentais para a reabilitação protética em saúde bucal. Dentre as ações prioritárias da política de saúde bucal está a ampliação de LRPD na Macrosserra.

Na atenção terciária, a resolução CIB/RS 50/2022 pactuou a referência ao atendimento odontológico em nível hospitalar para pacientes portadores de deficiência sob anestesia geral ou sedação no Hospital Bom Pastor em Igrejinha aos municípios da Macrosserra, exceto município de Caxias do Sul, cuja referência é o Hospital Geral de Caxias do Sul. O Hospital de Igrejinha, também, é referência a procedimentos de média e alta complexidade do grupo 04.14 (cirurgia bucomaxilofacial) e 04.04.02 (cirurgia da face e do sistema estomatognático).

4.1.11 Política de Alimentação e Nutrição

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) apresenta-se com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira. Está organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a Atenção Básica como ordenadora das ações.

Figura 15. Cooperação e articulação para segurança alimentar e nutricional



Fonte: Diretrizes da PNAN, disponível em <https://aps.saude.gov.br/politicas/pnan/diretrizes>

Em termos de Políticas e Estratégias que compõem a PAN, podemos citar: Programa Auxílio Brasil, Programa de Suplementação de Ferro e Ácido Fólico, Programa de Suplementação de Vitamina A, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Programa Crescer Saudável, Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA), recursos oriundos do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN, para custeio), recursos destinados a compra de materiais antropométricos para Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN).

A obesidade, pelos percentuais crescentes de acometimento da população, se tornou um grave problema de saúde pública. O diagnóstico precoce do sobrepeso e da obesidade tem grande importância no contexto do controle e prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), uma vez que essas condições consistem em fatores de risco para outras doenças e acarretam prejuízos para a saúde dos indivíduos, impactando no aumento da morbimortalidade.

Segundo dados obtidos nos relatórios públicos do SISVAN de 2021, em relação aos índices de sobrepeso e obesidade na população adulta das quatro regiões de saúde que compõem a 5ª CRS, a média de prevalência é de 79,16%. Esse índice supera a média estadual, que foi, no mesmo período, de 73,49%. Resultado esse que alerta para um grave problema de saúde pública em nossa coordenadoria regional.

Sob a ótica de acompanhamento de saúde, incluindo vigilância alimentar e nutricional, o Programa Auxílio Brasil propõe acompanhar os beneficiários com "perfil saúde" em pelo menos 1x a cada semestre. Em termos percentuais, vemos que, em 2021, a Macrosserra pontuou 68,80% de acompanhamento das condicionalidades de saúde, superando a média estadual, que foi de 63,01%. Entretanto, ainda está abaixo do que vem sendo pactuado entre municípios e estado, que para 2022 foi 75,5% de cobertura.

É recomendação dos técnicos da PAN no RS que cada município possua no mínimo 01 profissional nutricionista com carga horária destinada às secretarias municipais de saúde, e que possa ser a referência municipal da Alimentação e Nutrição, ou seja, que faça a gerência dos programas, estratégias e portarias publicadas relativas à Alimentação e Nutrição (que incluem, ou não, recursos financeiros), participe de oficinas, cursos, capacitações, e consiga replicar em seu território o que for necessário para o desenvolvimento da PAN.

4.1.12 Programa IST/Aids

Com o avanço do cuidado às Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) e com a simplificação do tratamento, a infecção pelo HIV foi desenvolvendo características de uma condição crônica e o modelo centrado unicamente em serviços especializados passou a apresentar deficiências. Desta forma, é de fundamental importância o atendimento integral dos usuários também pelos serviços especializados, porém, a continuidade do cuidado deve acontecer na Atenção Básica. Torna-se fundamental a reestruturação dos serviços de atenção às PVHIV de acordo com a realidade local com a implantação de um novo modelo de atenção passando a envolver diferentes níveis de atenção. Assim, nesse modelo de atenção, os serviços especializados continuam sendo fundamentais, mas a linha de cuidado envolve outros serviços de saúde, em especial da Atenção Básica, com o suporte dos Serviços de Atendimento Especializado (SAEs). Esta lógica, apesar de amplamente discutida pelo Ministério da Saúde, não ocorre desta forma nos municípios que compõem a Macrosserra. Sendo que, na maioria das vezes, os PVHIV são acompanhados nos Serviços de Referência e a Atenção Básica acredita não ter responsabilidade no processo. Incluir a Atenção Básica no cuidado compartilhado do HIV/Aids com os serviços especializados é fundamental para a melhoria do atendimento às PVHIV, pois garante maior acesso e vínculo com o sistema de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Frente ao cenário epidemiológico das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) na Macrorregião de saúde, a linha de cuidado (LC) para pessoas vivendo com HIV/Aids é uma estratégia potente de articulação de recursos e práticas de saúde entre as Unidades de Atenção no território. Assim, é importante que a Rede de Atenção (RAS) seja fortalecida através do processo de organização das ações e serviços de saúde visando o fortalecimento e desenvolvimento da Linha de Cuidado das PVHIV. A LC poderá conduzir de forma adequada as possibilidades de diagnóstico e terapia, respondendo oportunamente às necessidades epidemiológicas no território da Macrorregião.

O atendimento à gestante e à criança exposta na maternidade já é estabelecido no *PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais*. Às maternidades, cabe realizar, de forma obrigatória, testagem para diagnóstico de HIV e exame de sífilis na admissão do parto em todas as gestantes, puérperas, nas internações por abortamento e ofertar nas parcerias sexuais, a fim de evitar oportunidades perdidas para diagnóstico, tratamento e seguimento desses agravos. As vinte maternidades da macrorregião realizam testagem em todas as gestantes e oferta de testes aos parceiros.

A PEP (Profilaxia Pós-Exposição de Risco) é uma medida de prevenção de urgência para ser utilizada em situação de risco à infecção pelo HIV, existindo também profilaxia específica para o vírus da hepatite B e para outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Na Macrosserra existem 22 instituições hospitalares que atendem pelo SUS no território, sendo que todas possuem habilitação como Porta de Entrada da Rede de Urgência e Emergência, seja estadual ou federal. Todas devem estar capacitadas para execução adequada da PEP, assim como todas as Unidades de Pronto Atendimento, bem como as UBSs.

O Hospital Geral, localizado em Caxias do Sul está habilitado no serviço CNES com os códigos 1101- Serviço Hospitalar para tratamento da AIDS e 1104 - Tratamento da Lipodistrofia do portador de HIV/AIDS sendo referência para a população da Macrosserra.

A Macrosserra possui um Comitê de Investigação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais coordenado pela 5ª CRS com a participação dos municípios representantes e maternidades. Neste comitê são discutidos dados epidemiológicos de casos de transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C que ocorreram no território da Macrosserra e verificado a necessidade de sua investigação

De acordo com a lógica da RAS, a regionalização visa estabelecer fluxos de atendimento no âmbito municipal e regional, de modo que o atendimento integral do usuário ocorra dentro da região de saúde, com ações resolutivas e atendimento de qualidade em todos os níveis de atenção. No processo é preconizado que o atendimento às PVHIV inicie na atenção básica e que o serviço especializado da região de saúde possa servir como retaguarda, atuando na lógica do compartilhamento do cuidado. A Macrosserra conta com cinco Serviços de Atenção Especializada no atendimento integral da PVHIV. Todos atendem de forma regionalizada, porém o processo de regionalização dos SAEs no Estado iniciou somente no ano de 2017. O único serviço formalmente regionalizado até o momento é o de Farroupilha.

SAEs Macrosserra

SAE Bento Gonçalves: atende os Municípios da Região 25 - Vinhedos e Basalto

SAE Canela: atende os Municípios da Região 23 - Caxias e Hortênsias, exceto Caxias do Sul

SAE Caxias do Sul: atende somente o Município de Caxias do Sul

SAE Farroupilha: atende os Municípios da Região 26 - Uva e Vales

SAE Vacaria: atende os Municípios da Região 24 - Campos de Cima da Serra

Programa de Controle da Tuberculose

Embora o cuidado integral às pessoas com tuberculose esteja, na maioria dos municípios, centralizado na unidade de referência (Programa Municipal de Controle da Tuberculose), cabe ressaltar que a AB deve ser capaz de realizar todas as ações envolvendo o cuidado a esses pacientes. Descentralizar as ações de tratamento da TB para a AB tem potencial para fortalecimento da adesão e redução de situações de vulnerabilidades, contribuindo para maior controle da doença. Ações na AB devem ser reforçadas pelos gestores municipais da Macrosserra.

O acompanhamento dos casos de TB faz parte das ações da AB com potencial de interferir positivamente na adesão ao tratamento. Assim sendo, recomendamos que o processo de descentralização seja estimulado de forma segura. Inicialmente com a busca ativa de sintomáticos respiratórios, realização de TDO e a avaliação de contatos de pacientes com tuberculose pulmonar, sempre compartilhando estas ações com o PMCT.

Caxias do Sul está entre os dez municípios gaúchos chamados prioritários para intensificação das ações de controle da tuberculose, conforme orientação do MS. Estes municípios compreendem mais de 70% da carga de tuberculose no RS.

Além das ações relacionadas à promoção da saúde e realização do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno da doença, ações de proteção social são fundamentais para o controle da tuberculose.

O preenchimento responsável e cuidadoso dos dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) implica em grandes diferenças nos indicadores epidemiológicos e operacionais municipais e, conseqüentemente, macrorregional.

O estado do Rio Grande do Sul permanece como um dos estados de alta carga de tuberculose e de coinfeção TB-HIV. Os Serviços de Assistência Especializada (SAE) realizam o cuidado à coinfeção TB-HIV. As equipes do SAE têm papel importante em desenvolverem ações de prevenção e detecção oportuna da tuberculose entre pessoas que vivem com HIV.

A realização do exame de baciloscopia é de responsabilidade do gestor municipal, necessitando de contratualização deste serviço. A cultura para micobactérias, identificação e teste de sensibilidade é realizado pelo Laboratório Regional da 5ª CRS. Já o TRM, quando necessário, é realizado pelo Sanatório Partenon em Porto Alegre. A Prova tuberculínica pode ser organizada de forma regionalizada, conforme disponibilidade de profissional habilitado e necessidade entre os municípios. O frasco de PPD (derivado protéico purificado) é fornecido pelo Ministério da Saúde em ampolas contendo 10 doses

que precisam ser otimizadas através dessa organização entre os gestores municipais objetivando a utilização eficaz dos recursos.

O serviço secundário e terciário no atendimento ao usuário com TB para as Macrorregiões do Estado é o Sanatório Partenon em Porto Alegre, uma vez que não temos serviços habilitados no interior do Estado. No território da Macrosserra possuímos alguns profissionais médicos parceiros, que auxiliam nas orientações de conduta clínica, quando solicitados por profissionais da AB nos municípios.

Programa de Controle da Hanseníase

Os principais desafios para o combate à doença são a demora na detecção de novos casos e a discriminação e preconceito contra os infectados. Ainda assim, diversas medidas são tomadas para estimular o diagnóstico precoce, o que pode levar à cura sem a presença de nenhuma sequela. Uma linha importante é a educativa, outra é a detecção precoce através de capacitação da rede de saúde.

A referência para atendimento dos pacientes com hanseníase é o Ambulatório de atendimento da Universidade de Caxias do Sul para todos os municípios da Macrosserra.

4.1.13 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

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

Em se tratando da implantação da RAPS na 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, a referida linha de cuidado em Saúde Mental conta com dispositivos previstos na legislação federal, dentre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil (Uaa e Uaij), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), e as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM). Ainda pertencendo à Atenção Secundária, há vagas em Comunidades Terapêuticas (CT) contratualizadas através de Edital. Já no quesito Atenção Terciária, tem-se os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e os Leitos em Hospital Psiquiátrico. Além destes, a RAPS conta com dispositivos exclusivos no RS: no componente da Atenção Básica, possui os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), as Oficinas Terapêuticas (OT), as Composições de Redução de Danos (RD) e os Acompanhantes Terapêuticos (AT).

Importante ressaltar que alguns dispositivos previstos consideram porte populacional para sua implantação, impedindo que alguns municípios em nossa Regional habilitem tais dispositivos - daí a sigla NSA (não se aplica) - descrito em alguns serviços na tabela abaixo, a qual permite uma melhor visualização dos serviços ofertados pela RAPS em cada região de saúde da Macrosserra:

Figura 16. Panorama RAPS Região 23

PANORAMA DA RAPS – 5ª CRS															
REGIÃO 23 – CAXIAS E HORTÊNSIAS															
Município	Atenção Básica (Custeio Estadual)				Atenção Secundária (Custeio Estadual e Federal)						Atenção Terciária (Custeio Estadual e Federal)				
	NAAB	OT	RD	AT	CAPS	EMAESM	UA	SRT	CT			Nome	Qtd. Leitos de SM	Especificidades	
									Qtd. de CTs	Total de vagas SUS	Qtd. vagas que atendem telepsiquiatria				
Canela	NSA	0	0	0	CAPS Tipo I – 01 sem CAPS - NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Caridade de Canela	04	01 estadual / 03 federais
Caxias do Sul	NSA	0	0	0	CAP 3 Tipo II – 01 CAP 3 Tipo III AD – 02 CAPS Tipo I – 01	0	Tipo I – 01 Tipo II – 0	04	04	60	15	0	Clinica Professor Paulo Guedes Lida	160	não atendem usuários dependentes de drogas ilícitas
													Hospital Geral	08	referência infantojuvenil / gestante
Gramado	NSA	0	0	0	CAPS Tipo I – 01 sem CAPS - NSA	Tipo I – 01	NSA	0	02	25	0	0	Arcanjo São Miguel	0	Sem leitos de SM
Linha Nova	0	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		
Nova Petrópolis	NSA	0	0	0	CAPS Tipo I – 01 sem CAPS - NSA	0	NSA	0	01	05	0	0	Nova Petrópolis	04	01 estadual / 03 federais
Picada Café	01	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		

Atenção Básica: NAAB – Núcleo de Apoio à Atenção Básica
OT – Oficina Terapêutica
RD – Recuperação de Danos
AT – Acompanhante Terapêutico

Atenção Secundária: CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
EMAESM – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
UA – Unidade de Acolhimento
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
CT – Comunidade Terapêutica

Figura 17. Panorama RAPS Região 24

PANORAMA DA RAPS – 5ª CRS															
REGIÃO 24 – CAMPOS DE CIMA DA SERRA															
Município	Atenção Básica (Custeio Estadual)				Atenção Secundária (Custeio Estadual e Federal)						Atenção Terciária (Custeio Estadual e Federal)				
	NAAB	OT	RD	AT	CAPS	EMAESM	UA	SRT	CT			Nome	Qtd. Leitos de SM	Especificidades	
									Qtd. de CTs	Total de vagas SUS	Qtd. vagas que atendem telepsiquiatria				
Bom Jesus	01	0	NSA	0	CAPS Tipo I – 01 sem CAPS - NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Fundação Amigos do Hospital de Bom Jesus	06	04 estaduais / 02 federais
Campeste de Serra	0	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		
Esmeralda	0	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		
Jaquirana	0	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		
Monte Alegre dos Campos	01	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		
Muitos Capões	0	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		
Pinhal da Serra	01	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		
São José dos Ausentes	0	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		
Vacaria	NSA	0	0	0	CAP 3 Tipo I – 01 sem CAPS - NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Nossa Senhora da Oliveira	0	Sem leitos de SM

Atenção Básica: NAAB – Núcleo de Apoio à Atenção Básica
OT – Oficina Terapêutica
RD – Recuperação de Danos
AT – Acompanhante Terapêutico

Atenção Secundária: CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
EMAESM – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
UA – Unidade de Acolhimento
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
CT – Comunidade Terapêutica

Figura 18. Panorama RAPS Região 25

PANORAMA DA RAPS – 5ª CRS													
REGIÃO 25 – VINHEDOS E BASALTO													
Município	Atenção Básica (Custeio Estadual)				Atenção Secundária (Custeio Estadual e Federal)					Atenção Terciária (Custeio Estadual e Federal)			
	NAAB	OT	RD	AT	CAPS	EMAESM	UA	SRT	CT		Nome	Cabe Leitos de SM	Especificidades
									Qtd de CTs	Cabe leitos que estão ocupados			
Bento Gonçalves	NSA	Tip I - 0 Tip II - NSA	0	0	CAPS Tipo I - 01 CAPS Tipo II - 01 CAPS Tipo III - 01	0	NSA	0	0	0	Tachini	15	04 estaduais / 11 federais
Boa Vista do Sul	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Carlos Barbosa	NSA	Tip I - 0 Tip II - NSA	0	0	CAPS Tipo I - 01 CAPS Tipo II - 01 CAPS Tipo III - 01	0	NSA	0	0	0	São Roque (filial do Tachini)	0	Sem leitos de SM
Coronel Pilar	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Cotiporã	01	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Fagundes Varela	01	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Garibaldi	NSA	Tip I - NSA Tip II - 0	0	0	CAPS Tipo I - 0 CAPS Tipo II - 0	0	NSA	0	0	0	São Pedro	0	Sem leitos de SM
Guabiju	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Guaporé	NSA	Tip I - 0 Tip II - NSA	0	0	CAPS Tipo I - 01 CAPS Tipo II - 01 CAPS Tipo III - 01	0	NSA	0	0	0	Marcos Francisco Guerreiro	04	03 estaduais / 01 federal
Monte Belo do Sul	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Nova Araçá	01	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Nova Bassano	01	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Nossa Senhora de Lourdes	0	Sem leitos de SM
Nova Prata	NSA	Tip I - 0 Tip II - NSA	0	0	CAPS Tipo I - 0 CAPS Tipo II - 0	0	NSA	0	0	0	São João Batista	0	Sem leitos de SM
Pará	01	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Nossa Senhora Aparecida	04	01 estadual / 03 federais
Pinto Bandeira	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Protásio Alves	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Santa Tereza	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
São Jorge	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
União da Serra	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Versópolis	NSA	Tip I - 0 Tip II - NSA	0	0	CAPS Tipo I - 01 CAPS Tipo II - 01 CAPS Tipo III - 01	0	NSA	0	0	0	São Peregrino Laziosi	06	02 estaduais / 04 federais
Vila Flores	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Vista Alegre do Prata	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		

Atenção Básica: NAAB - Núcleo de Apoio à Atenção Básica
OT - Oficina Terapêutica
RD - Redução de Danos
AT - Acompanhante Terapêutico

Atenção Secundária: CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
EMAESM - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
UA - Unidade de Atendimento
SRT - Serviço Residencial Terapêutico
CT - Comunidade Terapêutica

Figura 19. Panorama RAPS Região 26

PANORAMA DA RAPS – 5ª CRS														
REGIÃO 26 – UVA E VALES														
Município	Atenção Básica (Custeio Estadual)				Atenção Secundária (Custeio Estadual e Federal)					Atenção Terciária (Custeio Estadual e Federal)				
	NAAB	OT	RD	AT	CAPS	EMAESM	UA	SRT	CT		Nome	Cabe Leitos de SM	Especificidades	
									Qtd de CTs	Cabe leitos que estão ocupados				
Alto Feliz	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital			
Antônio Prado	01	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	01	10	10	São José	0	Sem leitos de SM
Bom Princípio	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	São Pedro Canálio	0	Sem leitos de SM	
Farrapoinha	NSA	Tip I - 0 Tip II - NSA	0	02	CAPS Tipo I - 01 CAPS Tipo II - 01 CAPS Tipo III - 01	0	NSA	01	0	0	São Carlos	10	03 estaduais / 07 federais (Unidade Fechada)	
Feliz	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Schlatter	17	02 estaduais / 15 federais (Unidade Fechada)	
Flores da Cunha	NSA	Tip I - 0 Tip II - NSA	0	0	CAPS Tipo I - 01 CAPS Tipo II - 01	0	NSA	0	0	0	Nossa Senhora de Fátima	04	01 estadual / 03 federais	
Ipê	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital			
Nova Pádua	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital			
Nova Roma do Sul	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital			
São Marcos	NSA	Tip I - 0 Tip II - NSA	0	0	CAPS Tipo I - 0 CAPS Tipo II - 0	0	NSA	0	0	0	São João Bosco	0	Sem leitos de SM	
São Vendelino	01	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital			
Vale Real	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital			

Atenção Básica: NAAB - Núcleo de Apoio à Atenção Básica
OT - Oficina Terapêutica
RD - Redução de Danos
AT - Acompanhante Terapêutico

Atenção Secundária: CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
EMAESM - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
UA - Unidade de Atendimento
SRT - Serviço Residencial Terapêutico
CT - Comunidade Terapêutica

Em dados quantitativos, em toda a Macrosserra tem-se:
 Equipe de Consultório na Rua (eCR) = 01
 Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) = 11
 Oficina Terapêutica (OT) tipo I = 16
 Oficina Terapêutica (OT) tipo II = 13
 Equipe de Redução de Danos (eRD) = 02
 Acompanhante Terapêutico (AT) = 02

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I = 11
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II = 02
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III AD = 02
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo AD = 02
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo i = 02
Equipe Multiprofissional de Atenção Especializ. em Saúde Mental (eMAESM) tipo I = 02
Unidade de Acolhimento (UA) tipo I = 01
Serviço Residencial Terapêutico (SRT) = 05
Comunidade Terapêutica (CT) = 06
Leitos Hospitalares de Saúde Mental = 82 (além dos leitos na Clínica Professor Paulo Guedes).

Diante do exposto, percebe-se as potencialidades e as fragilidades da RAPS nos territórios. Sendo assim, é de extrema importância que se analise esse cenário da Saúde Mental para que surjam possibilidades de implantação de novos serviços e qualificação dos já existentes, fortalecendo a RAPS e conseqüentemente, investindo no atendimento e acompanhamento dos usuários que dependem da Rede.

4.2 SISTEMAS DE APOIO

4.2.1 Laboratório Regional

O **Laboratório Regional de Caxias do Sul - 5ªCRS** pertence a Rede Estadual de Laboratórios/LACEN/CEVS e está situado dentro da divisão administrativa na área da saúde representada pela 5ªCRS. É coordenado e supervisionado em suas atividades pelo LACEN/CEVS, garantindo a realização de análises laboratoriais de interesse da vigilância em saúde.

O Quadro Funcional é composto por um profissional de nível superior/especialista em saúde, e um de nível médio/auxiliar de laboratório. Conta com o auxílio de estagiários do curso de Biomedicina.

Competências: Interagir com as Vigilâncias em Saúde; Realizar análises laboratoriais de interesse das vigilâncias em saúde; Atender as demandas dos Programas de Notificação Compulsória; Referência Laboratorial para os agravos de NC e interesse epidemiológico; Supervisionar e assessorar a rede de laboratórios municipais, promovendo capacitação de recursos humanos; Armazenar e transportar amostras para o LACEN/CEVS; Promover capacitações para profissionais municipais das Vigilâncias em Saúde.

Atividades desenvolvidas:

- 1) Análises de água para o consumo humano contemplando o Programa VIGIÁGUA. Atendimento dos 49 municípios com aproximadamente 470 amostras/mês, realizando os seguintes ensaios: Fluoreto, Turbidez e Análises Microbiológicas (Coliformes Totais e Escherichia coli);

Tabela 06. Ensaios realizados 2019, 2020, 2021

Ensaios Realizados	2019	2020	2021
Coliformes Totais	5496	5394	5331
Escherichia coli	5496	5394	5453
Fluoreto	3403	3038	3049
Turbidez	5472	5372	5433
Total Geral	19567	19198	19272

2) Monitoramento Ambiental *Vibrio cholerae* no município de Caxias do Sul. Coletas mensais realizadas em 3 Estações de Tratamento de Esgoto – ETEs. Tem como objetivo a vigilância ativa da circulação do patógeno. O isolado bacteriano é encaminhado ao LACEN para confirmação do *V. cholerae* e posteriormente encaminhado para tipificação da espécie no Laboratório de Referência – IOC/ FIOCRUZ/RJ. Somente os sorotipos O1 e O139 são toxicogênicos.

3) Criação da Central de Triagem Testar RS Caxias do Sul para atender a demanda de exames RT-PCR - COVID-19, iniciando as atividades em 2020 e encerrando em maio/2022. Neste período foram recebidas 102.717 amostras e encaminhadas para processamento nas plataformas de testagem nacional, abrangendo os 49 municípios da 5ªCRS.

4) Identificação dos vetores da Dengue, Zika, Chikungunya. Recebemos amostras de 41 municípios. Oito municípios tem laboratório próprio. Dos municípios que compreendem a 5ªCRS, 38 são considerados infestados pelo mosquito *Aedes aegypti*.

Tabela 07. Amostras/nº de identificação

Ano	Amostras Recebidas(Tubitos)	NºIdentificaçãoLarvas/Pupas/Adultos
2019	4886	33040
2020	1797	11519
2021	3124	20430

5) Realização de culturas para micobactérias / TUBERCULOSE. A cultura é um método sensível e específico para o diagnóstico da Tuberculose Pulmonar e Extrapulmonar, além das MNT (Micobactérias Não Tuberculosas). É realizada a semeadura primária. O isolado bacteriano é encaminhado para identificação e teste de sensibilidade para Micobactérias/LACEN. É preciso que haja sensibilização para a solicitação deste exame.

Nos últimos três anos (2019-2021), somente na área abrangente da 5ªCRS tivemos 830 novos casos de tuberculose; 267 solicitações de culturas de escarro nos casos de retratamento e reingresso.

Neste ano, 2022, até o momento realizamos 178 culturas de escarro. Destas houve crescimento em 57 culturas. Os isolados bacterianos foram encaminhados para Micobactérias/LACEN para identificação e teste de sensibilidade.

6) Realização do Controle Externo da Qualidade da Baciloscopia na Rede de Laboratórios que realizam a microscopia para Tuberculose e monitoramento do envio dos Informes Mensais (dados mensais de baciloscopias realizadas, culturas e casos novos) pelos municípios, que são enviados posteriormente ao MS.

- 7) Liberação de Laudos pelo GAL - Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – Módulos Ambiental e Biologia Médica; Executar treinamentos no Sistema GAL aos municípios da 5ªCRS
- 8) Executar supervisões técnicas na Rede de Laboratórios Públicos e Privados nos agravos de notificação obrigatória (Tuberculose, Meningite e Bactérias Multirresistentes);
- 9) Pesquisa de Plasmodium – Malária;
- 10) Atuar como posto avançado do LACEN na captação de demandas e direcionamento das mesmas, conforme o nível de complexidade das análises;
- 11) Promover a capacitação de recursos humanos da Rede de Laboratórios e servidores municipais das vigilâncias.

4.3 ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

4.3.1 Rede da Pessoa com Deficiência

Conceitualmente, considera-se Pessoa com deficiência aquela que tem comprometimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU, 2006).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) foi instituída em 2012, através da Portaria GM/MS nº 793/2012 (atual Portaria de Consolidação nº 03/2017 – Anexo VI) na lógica das Redes de Atenção à Saúde, para fortalecer, ampliar e qualificar as ações de reabilitação e de prevenção precoce das deficiências.

A estrutura preconizada na constituição da RCPcD, visa oferecer atenção à saúde das pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, de forma integrada, articulada e efetiva. Com foco na integralidade do cuidado, a RCPcD está organizada a partir dos três componentes de atenção: Atenção Primária em Saúde; Atenção Especializada de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Ostomia e Múltiplas Deficiências; e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Com essa Rede, estabelece-se a articulação dos serviços de saúde, com a garantia de ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação.

4.3.2 Serviços de Reabilitação

Considerando que cada ponto da Rede tem suas atribuições específicas, no que tange a pessoa com deficiência, a Atenção Primária em Saúde tem o papel de identificar as pessoas que necessitam de atendimento especializado, proporcionar acesso aos profissionais que trabalham a reabilitação propriamente dita (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional), prestar assistência nas demais necessidades de saúde da pessoa.

A Atenção Especializada compreende os serviços de média e alta complexidade e que são responsáveis pela dispensação de órteses, próteses e meios de locomoção. Estes serviços podem ser classificados, conforme sua habilitação, como de modalidade única, no qual a instituição presta atendimento a somente um tipo de deficiência, e

Centros Especializados em Reabilitação (CER) onde estão envolvidas aos menos dois tipos de reabilitação.

A capacidade instalada dos pontos de atenção especializada em reabilitação da pessoa com deficiência no Rio Grande do Sul compreende atualmente 89 serviços, sendo 76 de modalidade única, 13 Centros Especializados em Reabilitação e 3 Oficinas Ortopédicas. Sendo que a Macrorregião de Saúde Serra possui dois serviços habilitados em Modalidade Única para atendimento das demandas de Reabilitação Física e Reabilitação Auditiva e seis APAE's habilitadas pelo SUS e que prestam o atendimento às pessoas com deficiência intelectual. Quanto a reabilitação Visual, a referência para a população desta macrorregião de Saúde é o Hospital Banco de Olhos, localizado no município de Porto Alegre, sendo o acesso mediante cadastro do usuário no Sistema GERCON, especialidade Reabilitação Visual.

O acesso as consultas dos Serviços de Reabilitação Física e Auditiva, de média e alta complexidade, habilitados pelo Ministério da Saúde, ocorre através do cadastro do paciente no sistema de Regulação do município de Caxias do Sul, sistema SIGSS. Todo o processo regulatório fica sob responsabilidade deste município que possui a gestão municipal da saúde.

Tabela 08. Serviços habilitados em Modalidade Única – Reabilitação Auditiva e Física

Serviço Habilitado em Modalidade Única						
Região de Saúde	Município Sede	Estabelecimento	CNES	Habilitação	Portaria	Municípios referenciados
23	Caxias do Sul	Clínica de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul – CLIFI	3259838	Serviço de Reabilitação Física - Nível Intermediário	SAS/MS nº 253/2007	Todos os municípios da Macrorregião Serra
23	Caxias do Sul	Unidade de Saúde Auditiva Clélia Manfro	6022138	Reabilitação Auditiva - Média Complexidade	SAS/MS nº 1.462/2013	Todos os municípios da Macrorregião Serra

Fonte: 5ªCRS

Tabela 09. Serviços habilitados em Modalidade Única – Reabilitação Intelectual

Serviço Habilitado em Modalidade Única				
Região de Saúde	Município Sede	Estabelecimento	CNES	Municípios referenciados
25	Bento Gonçalves	APAE Bento Gonçalves	3675033	Bento Gonçalves e Pinto Bandeira
	Garibaldi	APAE Garibaldi	3888908	Garibaldi
	Guaporé	APAE Guaporé	5939747	Guaporé e Vista Alegre do Prata
	Veranópolis	APAE Veranópolis	3888924	Cotiporã, Veranópolis e Vila Flores
26	Antônio Prado	APAE Antônio Prado	3624420	Antônio Prado, Ipê e Nova Roma do Sul
	São Marcos	APAE São Marcos	5124662	São Marcos

Fonte: 5ªCRS.

A Serra conta ainda com serviço habilitado para atendimento das deficiências craniofaciais.

Tabela 10. Serviço deformidades craniofaciais.

Serviço Habilitado em Modalidade Única						
Região de Saúde	Município Sede	Estabelecimento	CNES	Habilitação	Portaria	Municípios referenciados
23	Caxias do Sul	Hospital do Círculo	2223570	Centro de Tratamento Má formação Labio Palatal	Portaria SAS/MS nº 505/2011	Todos os municípios da Macrorregião Serra

Fonte: 5ªCRS.

Em 2020 foi aprovado o Plano da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do Rio Grande do Sul, Resolução nº 270/20 – CIB/RS. Este Plano apresentou um escalonamento das prioridades para habilitações de Centros Especializados em Reabilitação. A Macrorregião de Saúde Serra ficou classificada como prioridade 1, por ser a única Macrorregião de Saúde do RS sem CER habilitado.

Frente a isso, dois serviços, ambos localizados na Região 23 – Caxias e Hortênsias, apresentaram proposta para habilitação de CER, a APAE de Gramado com proposta para CER II – Reabilitação Física e Intelectual e Unidade de Saúde Auditiva Clélia Manfro para CER II – Reabilitação Auditiva e Intelectual.

Tabela 11. Propostas Centro Especializado em Reabilitação (CER)

Propostas habilitação CER					
Região de Saúde	Município	Estabelecimento	CNES	Tipo	Situação atual
23	Gramado	APAE Gramado	211214	CER II – Reabilitação Física e Intelectual	Proposta cadastrada no SAIPS
	Caxias do Sul	Unidade de Saúde Auditiva Clélia Manfro	6022138	CER II – Reabilitação Auditiva e Intelectual	Proposta aprovada na CIR Conjunta Macro Serra, encaminhada para Deliberação do Grupo Condutor Estadual da Saúde da Pessoa com Deficiência e posteriormente à CIB

Fonte: 5ªCRS.

Estas propostas são de suma importância considerando a demanda reprimida que temos em toda a Macrorregião para o atendimento tanto na Reabilitação Auditiva quanto Física e também pela ótica de trabalho dos Centros Especializados em Reabilitação que busca atender as necessidades do indivíduo dentro de um mesmo ambiente, vinculando a uma única equipe de profissionais.

Quanto a Reabilitação Intelectual, a Serra possui um importante vazio assistencial. Com apenas 06 APAE's habilitadas pelo SUS, dando cobertura a somente 12 dos 49 municípios da macrorregião de saúde, o que representa um percentual de apenas 21.50% da população com cobertura para reabilitação intelectual.

O Decreto nº 55.824/2021, que regulamenta a Lei nº 15.322/2019 que institui a Política de Atendimento Integrado à Pessoa com Transtornos do Espectro Autista no Estado do Rio Grande do Sul, no seu Art. 15 institui incentivo estadual para implantação e custeio de Centros de Referência em TEA, Macrorregionais e Regionais. A Portaria Ses nº290/2021 estabeleceu as normas para implantação, funcionamento e monitoramento dos Centros de Referência em Transtorno do Espectro do Autismo, lançando, assim o Programa TEAcolhe, com previsão de habilitação de um Centro Regional para cada

Região de Saúde, totalizando 04 centros regionais para a Serra e 01 centro macrorregional.

Os Centros Regionais vão trabalhar no atendimento dos casos refratários de TEA que não tem boa resolutividade em seu território e os Centro Macrorregionais farão o matriciamento dos centros regionais, de modo que continua sendo necessário o fortalecimento da dos serviços de reabilitação intelectual pois estes que darão o atendimento primário ao paciente com TEA e, somente casos que maior complexidade e que demandem outras intervenções que serão encaminhados para os Centros Regionais.

O processo de habilitação está ocorrendo mediante adesão ao edital de seleção de propostas. Sem definição das instituições habilitadas até o momento.

4.3.3 Atenção à Pessoa Ostomizada

O Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, classificou as pessoas com estomias como “deficientes físicos”, considerando sua limitação e/ou incapacidade para o desempenho de atividades, passando assim, a ter toda a proteção social conferida a uma Pessoa com Deficiência no ordenamento jurídico, nas esferas federal, estadual e municipal.

A Portaria SAS/MS nº 400 de 16 de novembro de 2009 estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, porém não houve aporte de recurso federal aos tetos dos estados. Sendo que caso do RS a responsabilidade do Estado está no fornecimento, mensal, das bolsas de estomia e acessórios, mediante cadastro do paciente no Sistema de Gerenciamento do Usuário com Deficiência – Sistema GUD. O município deve prestar a assistência direta ao paciente, desde a orientação para uso, adaptação e constante avaliação do estoma a fim de direcionar

São objetivos dos serviços de assistência às pessoas com estoma: reabilitação do usuário, com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

O cuidado à pessoa ostomizada no Estado se dá desde a realização da estomia até a reversão para os pacientes com indicação para tal. Destacamos que para realizar o procedimento de reversão, deve-se priorizar o agendamento com o serviço que confeccionou o estoma. Mas, para os usuários que perderam o vínculo com o serviço, por vários fatores, foi implementado, em 2012, Projeto Piloto de Reversão de Ostomia em parceria com a Fundação Hospitalar Getúlio Vargas de Sapucaia do Sul, com o intuito de qualificar o acesso às consultas de avaliação para reversão da ostomia.

4.3.4 Tratamento Fora de Domicílio

A Portaria SAS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, dispõe sobre a rotina de Tratamento Fora de Domicílio. Esta normatização tem por objetivo garantir o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais em outro município, ou ainda, em caso especiais, de um Estado para outro Estado. O TFD pode envolver a garantia de transporte para tratamento e hospedagem, quando indicado. O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública e referenciada. Nos casos em que houver indicação médica, será autorizado o pagamento de despesas para acompanhante.

A Resolução nº 005/2018 CIB-RS readequa as diretrizes estaduais para Organização da Rede de Transporte sanitário no SUS, no âmbito do Estado do RS. Conforme Resolução, o transporte interestadual para a realização de procedimentos agendados em outro estado é de responsabilidade da Secretaria Estadual da Saúde/RS mediante disponibilização de passagem aérea para paciente e acompanhante, quando necessário, e pagamento de ajuda de custo mediante comprovação de gastos com alimentação e hospedagem.

4.3.5 Instâncias de Pactuação Intergestores

As **Comissões Intergestores** são instâncias de pactuação da organização e do funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. No Estado do Rio Grande do Sul, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) foi instituída pela Portaria SES/RS nº 09/1993, sendo a instância colegiada de pactuação consensual, com caráter deliberativo para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, mantendo contato permanente com as Comissões Intergestores Regionais (CIR), para acompanhamento e assessoramento do processo organizacional de regionalização das Políticas Públicas no Estado e para acompanhar, analisar e homologar as questões pactuadas nas CIR.

A Macrorregião de Saúde Serra está subdividida em quatro Regiões de Saúde, sendo: Região 23 – Caxias e Hortênsias; Região 24 – Campos de Cima da Serra; Região 25 – Vinhedos e Basalto e Região 26 – Uva e Vales, cujas CIR's são compostas por todos os municípios membros de cada região, realizando reuniões mensais. Em conjunto, os municípios das quatro Regiões de Saúde supracitadas compõem a Comissão Intergestores Regional Conjunta da Macrosserra, realizando encontros a cada dois meses, que são precedidos da reunião da Secretaria Técnica – SETEC, sendo esta composta, além da Coordenação e corpo técnico da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, por representantes eleitos das quatro Regiões de Saúde da Macrosserra. A SETEC define os assuntos que serão levados para avaliação e aprovação da plenária da CIR Conjunta.

Compete às Comissões Intergestores Regionais, bem como à CIR Conjunta da Macrosserra: tomar decisões, sempre por consenso, definindo prioridades e pactuando estratégias para a implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde nas respectivas regiões; instituir processo de planejamento regional, que defina o Mapa da Saúde, com as prioridades e as responsabilidades de cada ente, as bases para a Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação de controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local; participar do processo de contratualização dos serviços de abrangência regional e macrorregional; analisar e discutir os pleitos de municípios a recursos federais e estaduais, emitindo Deliberação, quando aprovados; criar Grupos de Trabalho, quando e se necessário, para estudo de temas específicos referentes à operacionalização do SUS nas regiões, bem como grupos com a finalidade de controle, avaliação e fiscalização da execução dos serviços prestados; articular-se com outras Comissões Intergestoras Regionais, com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento do SUS macrorregional e estadual e, quando tratar-se de assuntos comuns a mais de uma CIR, realizar plenárias

conjuntas; manifestar-se sobre todos os assuntos de sua competência, e exercer outras competências que venham a ser definidas na legislação e normas do SUS.

A Presidência das CIR's das quatro Regiões de Saúde, é exercida pelo (a) Coordenador(a) Regional de Saúde da 5ª CRS e a vice-presidência pelo gestor eleito entre os municípios da Região, em eleição direta, ocorrendo sempre na primeira reunião de cada exercício, com gestão pelo período de um ano.

A 5ª Coordenadoria Regional de Saúde é a responsável pela estrutura operacional e administrativa das CIR's, sendo de sua responsabilidade proporcionar condições técnicas e físicas para o funcionamento das reuniões da SETEC e do plenário da CIR, estabelecendo, no início do ano, o calendário de reuniões compatibilizado com as datas da CIB/RS e CIT, com no mínimo uma reunião mensal ordinária, sendo as reuniões extraordinárias definidas quando necessário, por convocação de seu Presidente, Vice-Presidente ou requerimento da maioria simples de seus membros.

A Secretaria-Executiva da CIR deve oficializar as pactuações acertadas em plenário, na forma de Deliberações, assinadas pela presidência e encaminhar aos Setores da SES/Nível Central para análise de conteúdo e verificação de viabilidade técnica e posterior confirmação através de Resoluções. As Deliberações emitidas pela CIR contém a fundamentação, citações legais, considerações administrativas e o parecer atingido em consenso pela SETEC e pelos membros da CIR.

4.3.6 Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Esta rede visa articular e integrar todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento 24 horas - UPA 24h; Porta de Entrada; Leitos de Retaguarda (leitos clínicos de retaguarda à RUE, leitos de terapia intensiva de retaguarda à RUE, e leitos de cuidados prolongados); Linhas de Cuidados Prioritárias à RUE (linha cerebrovascular, linha cardiovascular, e linha do trauma).

Através da pactuação entre gestores regional e macrorregional, em consonância com a equipe técnica, são elencados os pontos/áreas prioritários, definindo fluxos e referências, bem como a articulação entre os diversos serviços sem saúde, visando melhor organização da assistência. O Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Urgência e Emergência (RUE) da Macrosserra tem como objetivo organizar a rede de forma que atenda os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência, sendo resolutivo e tendo como base indicadores epidemiológicos e demográficos.

A Macrorregião de Saúde do RS Serra possui em seu território 22 instituições hospitalares de saúde, sendo que destes, 5 são considerados hospitais regionais e 4 possuem habilitação em alta complexidade de alguma linha de cuidado da Rede de Urgência e Emergência.

Tabela 12. Instituições Hospitalares **Regionais** da Macrorregião de Saúde do RS SERRA

Instituições Hospitalares Regionais da Macrorregião de Saúde do RS SERRA				
Região de Saúde	Município	CNES	Instituição Hospitalar	Habilitação Alta Complexidade
23	Caxias do Sul	2223538	Hospital Geral	x
		2223546	Hospital Pompéia	x
	Gramado	2241153	Hospital Arcanjo São Miguel	
24	Vacaria	2241048	Hospital Nossa Senhora da Oliveira	
25	Bento Gonçalves	2241021	Hospital Tacchini	x
26	Farroupilha	2240335	Hospital São Carlos	x

Fonte: 5ªCRS.

Tabela 13. Instituições Hospitalares Regionais da Macrorregião de Saúde do RS SERRA com habilitação em alta complexidade

Instituições Hospitalares Regionais da Macrorregião de Saúde do RS SERRA	
Hospital	Habilitação Alta Complexidade
Hospital Pompéia	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular 0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista 1504 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise 1505 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com diálise ritoneal 1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/neurocirurgia 2301 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional 1706 UNACON 2420 Retirada de Órgãos e Tecidos 2422 Transplante de tecido musculoesquelético 2407 Córnea/Esclera 2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia/Ortopedia
Hospital Geral	0203 Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade 0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular 0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista 1504 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise 1505 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com diálise ritoneal 1707 UNACON com serviço de radioterapia 1708 UNACON com serviço de hematologia 1709 UNACON com serviço de oncologia pediátrica 1718 Oncologia cirúrgica Hospital Porte B 2301 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional 2407 Córnea/Esclera 2420 Retirada de Órgãos e Tecidos
Hospital Tacchini	1504 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise 1505 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com diálise ritoneal 1706 UNACON 1707 UNACON com serviço de radioterapia 1718 Oncologia cirúrgica Hospital Porte B 2301 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional 2422 Transplante de tecido musculoesquelético
Hospital São Carlos	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia/Ortopedia

Fonte: 5ªCRS.

4.3.7 Componentes da Rede de Urgência e Emergência

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 e Centrais de Regulação das Urgências

A Macrosserra conta com Serviço Móvel de Urgência implantado em 17 municípios, das 4 regiões que a compõem. Considerando a cobertura por número de municípios, a Macrosserra apresenta 34,7% e considerando o número populacional a cobertura chega a 89,2%. O município de Caxias do Sul conta com uma Central de Regulação Médica de Urgência, que faz a regulação em seu território e abrange a USB do município de Vacaria também. A cobertura da CRMU do Estado tem cobertura na Macrosserra de 42,2%.

Tabela 14. Situação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192) e Centrais de Regulação das Urgências na Macrosserra.

REDE DE ATENÇÃO AS URGENCIAS							
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU							
REGIÃO	IBGE	MUNICÍPIO	CRMU	USB	USA	VT	MT
23	430510	CAXIAS DO SUL	CRMU / Caxias		5	2	1
	430910	GRAMADO	CRMU /RS		1		
	430440	CANELA	CRMU /RS		1		
	431320	NOVA PETROPOLIS	CRMU /RS		1		
24	430230	BOM JESUS	CRMU /RS		1		
	432250	VACARIA	CRMU / Caxias		1		
25	430480	CARLOS BARBOSA	CRMU /RS		1		
	430860	GARIBALDI	CRMU /RS		1		
	430210	BENTO GONÇALVES	CRMU /RS		2	1	
	430940	GUAPORE	CRMU /RS		1		
	431330	NOVA PRATA	CRMU /RS		1		
26	430810	FELIZ	CRMU /RS		1		
	430235	BOM PRINCÍPIO	CRMU /RS		1		
	430790	FARROUPILHA	CRMU /RS		1		
	430820	FLORES DA CUNHA	CRMU /RS		1		
	431900	SÃO MARCOS	CRMU /RS		1		
	430080	ANTONIO PRADO	CRMU /RS		1		

Fonte: 5ªCRS.

Unidade de Pronto Atendimento UPA 24hs

A Macrosserra possui quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24hs), habilitadas e qualificadas. Estas quatro UPAs estão distribuídas uma em cada região de saúde que compõem a macrorregião, porém somente a UPA de Bento Gonçalves e de Vacaria possuem atendimento regionalizado. O município de Farroupilha, que havia construído uma UPA 24hs, solicitou cancelamento da mesma, aprovado cancelamento por Resolução CIB/RS 053/2018. O município de Caxias do Sul implantou uma UPA 24hs onde funcionava um PA 24hs, porém até o momento não foi habilitada pelo Ministério da Saúde.

Tabela 15. Unidades de Pronto Atendimento 24hs da Macrosserra

UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DA MACROSSERRA				
CRS	REGIÃO	MUNICÍPIO	UPA Tipo I	UPA Tipo III
5ª CRS	23	CAXIAS DO SUL		Habilitada e Qualificada
	24	VACARIA	Habilitada e Qualificada	
	25	BENTO GONÇALVES		Habilitada e Qualificada
	26	BOM PRINCÍPIO	Habilitada e Qualificada	

Fonte: 5CRS.

4.3.8 Componente Hospitalar

O Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências deverá estar organizado de forma a qualificar o atendimento à demanda espontânea e/ou referenciada de outros pontos de atenção de menor complexidade no atendimento aos pacientes em situação de urgência ou emergência. Sua configuração deve assegurar a retaguarda no atendimento de média a alta complexidade, com a oferta de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e Leitos de

UTI. Estabelecendo como prioridade as linhas de cuidado em traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, sendo reforçada a garantia do cuidado hospitalar em cada uma delas.

Porta de Entrada Hospitalar

A Macrosserra possui 5 Portas de Entrada Hospitalar habilitadas pelo Ministério da Saúde em seu território: Hospital Pompéia (Caxias do Sul), tipo II, Hospital Geral (Caxias do Sul), tipo I, Hospital São Carlos (Farroupilha), tipo I, Hospital Nossa Senhora da Oliveira (Vacaria), porte Geral e Hospital Tacchini (Bento Gonçalves), porte Geral.

O programa Estadual Assitir aprovou em 2020 a habilitação como Porta de Entrada Hospitalar em todos os hospitais no território da macrorregião, concedendo financiamento conforme o porte (número de leitos), de cada instituição.

Leitos de Retaguarda de UTI Adulto e Pediátrico

Conforme Portaria 1.631/15 que estabelece os parâmetros do SUS, a área técnica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul realizou o cálculo das necessidades de leitos da Macrosserra conforme o Cenário 3, em 2016. Desta forma destaca a necessidade de 120 leitos de UTI Adulto e 252 leitos clínicos para esta macrorregião de saúde. Em 2022 a Macrosserra conta com 100 leitos de UTI Adulto tipo II e 16 leitos de UTI Pediátrica tipo II.

A Macrosserra em 2018 foi contemplada com a habilitação de 4 leitos de retaguarda de UTI da Unidade Coronariana, através da Portaria 1.894/18. Houve a habilitação de 2 leitos UTI/UCO no Hospital Geral e 2 leitos UTI/UCO no Hospital Pompéia, ambos no município de Caxias do Sul.

Através da aprovação do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência da Macrosserra, foram habilitados pelo Ministério da Saúde a qualificação de 52 leitos de UTI Adulto tipo II e 12 leitos de UTI Pediátrica no território da Macrorregião de saúde, através da Portaria nº 3.186/2019.

Houve, com a pandemia de COVID19 a ampliação de 30 novos leitos de UTI Adulto tipo II, conforme Portaria nº 220/2022.

Tabela 16. Leitos de UTI Adulto tipo II e Pediátrico tipo II

LEITOS DE UTI MACRO SERRA – COMPONENTE RUE						
CRS	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	Nº LEITOS UTI Adulto Tipo II	Qualificados pela RUE	Nº LEITOS UTI Pediátrico Tipo II	Qualificados pela RUE
5ª	CAXIAS DO SUL	HOSPITAL VIRVI RAMOS	10	3		
	CAXIAS DO SUL	HOSPITAL GERAL	20	8	9	6
	CAXIAS DO SUL	HOSPITAL POMPEIA	20	14		
	GRAMADO	HOSPITAL ARCANJO SÃO MIGUEL	7	5		
	VACARIA	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA OLIVEIRA	8	6		
	BENTO GONÇALVES	HOSPITAL TACCHINI	13	10	7	6
	GARIBALDI	HOSPITAL SÃO PEDRO	6			
	FARROUPILHA	HOSPITAL SÃO CARLOS	16	6		
	Total de leitos na Macro Serra			100	52	16

Fonte: 5ªCRS.

Leitos de Cuidados Prolongados

A necessidade de Leitos de Cuidados prolongados foi calculada de acordo com as Portarias de Consolidação nº 3 e 6 de 2017 (com base na Portaria 2.809/2012), apresentada na tabela abaixo. Assim, considerando a população total da Macrosserra, e

calculando a necessidade total de leitos gerais conforme portarias citadas acima, na proporção de 2,5 leitos gerais para cada 1.000 habitantes, chegamos ao valor total de leitos gerais de 3.035. Destes, 5,62% serão destinados a cuidados prolongados (170 leitos), sendo 102 (60%) pra internações em Unidades de Cuidados Prolongados.

Tabela 17. Necessidade de Leitos de Cuidados Prolongados (IBGE, 2019)

LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS MACRO SERRA			
Necessidade Estimada			
Macrorregião de Saúde	Total de Leitos Gerais	5,62% do total de leitos gerais	60% para internações em UCP
Serra	3.035	170	102

Fonte: 5ªCRS.

Linha de Cuidado do AVC

A Linha de Cuidado Cerebrovascular da Rede de Urgência e Emergência prevê a habilitação de Centros de Atendimento de Urgência ao paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) nos hospitais de referência regional. Segundo a Portaria de Consolidação nº 6/2017 que tem como texto base a Portaria 665/2012, art. 10, cujo parâmetro é de 20 (vinte) leitos ou fração para cada 800 (oitocentas) internações por AVC/ano, a necessidade total de leitos (U-AVC Agudo/Integral) da Macrosserra seria de 28 leitos. Em 2022, o Hospital Pompéia (Caxias do Sul) possui habilitação em Centro de Atendimento de Urgência a pacientes com AVC tipo II, com 5 leitos U-AVC Agudo sendo referência para as regiões de Saúde 23 Caxias Hortênsias, 24 Campos de Cima da Serra e 25 Vinhedos e Basalto. O Hospital São Carlos (Farroupilha) possui habilitação em Centro de Atendimento de Urgência a pacientes com AVC tipo II, com 5 leitos U-AVC Agudo sendo referência para a região de Saúde 26 Uva e Vales.

Tabela 18. Necessidade de Leitos (U-AVC Agudo e Integral) para Macrosserra

Necessidade de Leitos (U-AVC Agudo e Integral) para a Macro Serra	
28 leitos – 5 leitos U-AVC já habilitados = 23	
800 internações (parâmetro Portaria)	20 leitos
928 internações em 2018 (código 0303040149)	+ 20% das internações (código 0303040300)
1.114 internações	28 leitos
Pop Macro Serra 1.214.330	43.368 habitantes/leito

SIH, 2019.

Programa de Atenção Domiciliar

A Macrosserra conta com equipes do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD nos municípios de Caxias do Sul, Bento Gonçalves, Farroupilha, Guaporé e Canela, conforme descrição abaixo.

Tabela 19. Atenção Domiciliar na Macrosserra.

ATENÇÃO DOMICILIAR NA MACRO SERRA					
CRS	REGIÃO	MUNICÍPIO	EMAD Tipo I	EMAD Tipo II	EMAP
5ª CRS	25	Bento Gonçalves	2		1
	23	Canela	1		1
	23	Caxias do Sul	2		1
	26	Farroupilha	1		1
	25	Guaporé		1	1

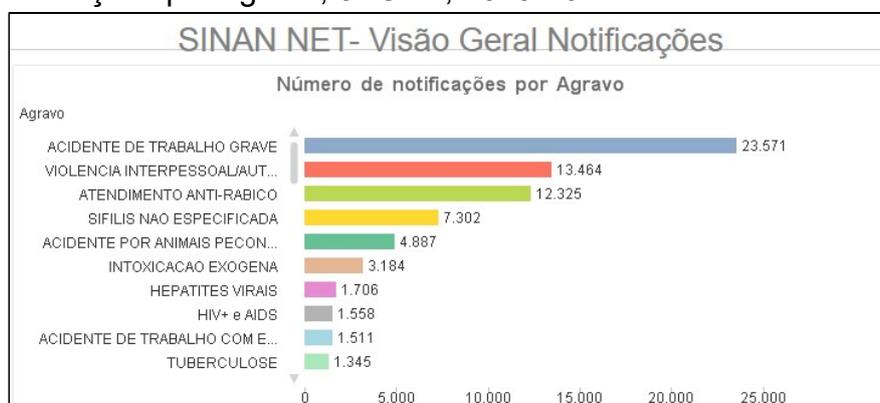
Fonte: 5ªCRS.

4.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

4.4.1 Vigilância Epidemiológica

Coordena as ações de Vigilância Epidemiológica a nível regional, mantendo atualizado o conhecimento da situação epidemiológica das doenças e dos fatores que as condicionam. Atua na divulgação de informes epidemiológicos e suporte operativo nas situações epidêmicas de doenças de notificação compulsória e de agravos inusitados à saúde, tanto na parte assistencial como nos sistemas de informação, prestando assessoria aos municípios do território de abrangência. Segue abaixo os dados epidemiológicos da 5ª CRS, os quais são monitorados pelo setor.

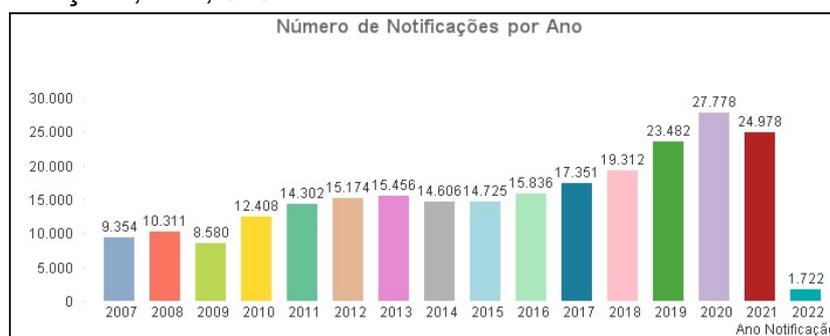
Gráfico 50: Notificações por agravo, 5ª CRS, 2019-2021



Fonte: BI, 2022.

O número elevado de notificações de Acidente de Trabalho no período, pode estar ligado aos casos de Covid-19 em profissionais de saúde ou pessoas que se contaminaram no trabalho. Houve diminuição nas notificações de violência, as quais no contexto da pandemia, é questionável, devido à diminuição do acesso aos serviços de saúde, assistência social e à rede escolar, por causa do *lockdown*.

Gráfico 51: Notificações, ano, 5ªCRS



Fonte: BI, 2022.

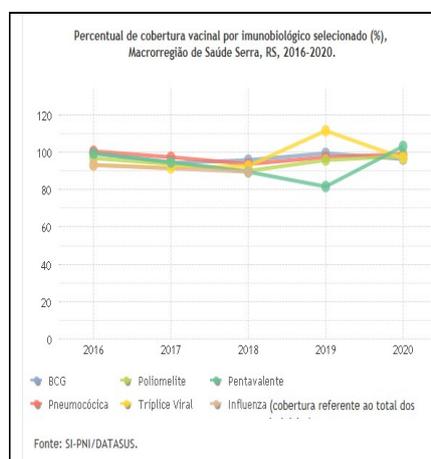
4.4.2 Imunizações

Estimulado pelo êxito nas ações de imunização contra Varíola na década de 1970, em 1973 foi fundado o Programa Nacional de Imunizações com objetivo de coordenar as ações de imunização. Atualmente o PNI oferta 44 imunobiológicos entre soros, vacinas e imunoglobulinas, divididos em calendário infantil, adolescente, gestante, adulto, idoso, convivendo com HIV, Indígena e Especial (CRIE). Normalmente temos no primeiro semestre, além das ações dos calendários de rotina, a campanha contra influenza e no segundo semestre uma campanha de seguimento onde, por estratégia do Ministério da Saúde, se estabelecem ações de vacinação que visam fortalecer a prevenção de agravos que no cenário atual demonstra potencial de risco mundial e/ou nacional.

Seguindo as premissas do PNI no Estado do RS as ações de imunização no estado são coordenadas e desenvolvidas pelo Núcleo de Imunização da Vigilância Epidemiológica localizado em POA e com braços nas 18º CRS que estão distribuídas pelo estado.

O Setor de Imunizações da 5ª CRS é responsável pela coordenação, distribuição, orientações, monitorização de coberturas e educação continuada em imunizações para os 49 municípios que compõem a Macrosserra. Para isso, o setor conta com um técnico especialista em saúde e dois estagiários de enfermagem remunerados que dividem suas atividades entre as ações de imunização e vigilância epidemiológica.

Gráfico 52. Percentual de cobertura vacinal por imunobiológico, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020



Fonte: SI-PNI/DATASUS.

Conforme observado no gráfico, desde 2016 o percentual mantinha uma certa estabilidade da cobertura vacinal em aproximadamente 100%, independentemente do imunobiológico. Em 2019 observa-se um aumento na cobertura de tríplice viral para 111,32% a qual em 2020 retorna à faixa de aproximadamente 100%. Ainda em 2019, observa-se a diminuição na cobertura de Pentavalente, a qual também retorna à 103,20% em 2020.

No que tange às campanhas vacinais observamos quedas significativas de coberturas. Temos na 5ª CRS no ano de 2019 uma cobertura atingida de 94,36%, 2020 - 94,21%, 2021 - 70% e até o momento na campanha contra influenza os municípios da 5ª CRS somam cobertura de 67% nos públicos alvo da campanha.

No seguimento da campanha de sarampo que ocorreu no ano de 2022 a 5ª CRS atingiu 51% de cobertura no público de crianças de 6 meses até 4 anos 11 meses e 29 dias.

No seguimento de campanha covid-19 também enfrentamos na 5ª CRS dificuldades em manter coberturas adequadas. Temos hoje 82% da população vacinável com 1ª dose, 73% com 2ª dose, 43% com primeiro reforço e somente 11% com segundo reforço. Dados extraídos do painel de monitorização estadual de Vacinação contra covid-19 em consulta dia 19 de agosto de 2022.

Somando-se à todos esses desafios a serem superados, os quais muitos, CRS ou município, temos o hiato de 02 anos nas ações de capacitação aos servidores de imunização municipal por parte do Estado RS. Tivemos inúmeras substituições dos profissionais atuantes nas imunizações, profissionais que trabalhavam em salas de vacina e hoje a 5ª CRS tem mais de 50% dos profissionais que atuam em sala de vacinas sem nenhuma capacitação para tal tarefa. Compreendendo que essa fragilidade impacta tanto nas coberturas quanto na qualidade dos serviços ofertados pelas imunizações a 5ª CRS vem trabalhando em um projeto de capacitação de seus agentes, juntos aos municípios, visando fortalecer os colaboradores que atuam em sala de vacinas e conseqüentemente melhorar coberturas vacinais de rotinas e campanhas.

4.4.3 Vigilância Ambiental em Saúde

Para um melhor entendimento, definimos o conceito de Vigilância Ambiental em Saúde como um conjunto de ações e serviços que proporcionam o conhecimento e a detecção de fatores de risco do meio ambiente que interferem na saúde humana.

Considerando que tais fatores ambientais abrangem componentes físicos, químicos, biológicos e antrópicos, programas foram implementados e nomeados em:

-Vigilância e Controle dos Fatores de Risco Biológicos: Vetores, Hospedeiros e Reservatórios, Animais Peçonhentos

-Vigilância e Controle dos Fatores de Risco Não-Biológicos: Contaminantes Ambientais, Qualidade da Água para Consumo Humano, Qualidade do Ar, Qualidade do Solo (incluindo os Resíduos Tóxicos e Perigosos), Desastres Naturais e Acidentes com Produtos Perigosos

Dentre os Programas da Vigilância e Controle dos Fatores de Risco Biológicos, aqueles que os municípios têm apresentado maiores atividades são: vetores (*Aedes aegypti*/ Dengue, Chikungunya e Zika Vírus); hospedeiros (roedores/ Leptospirose);

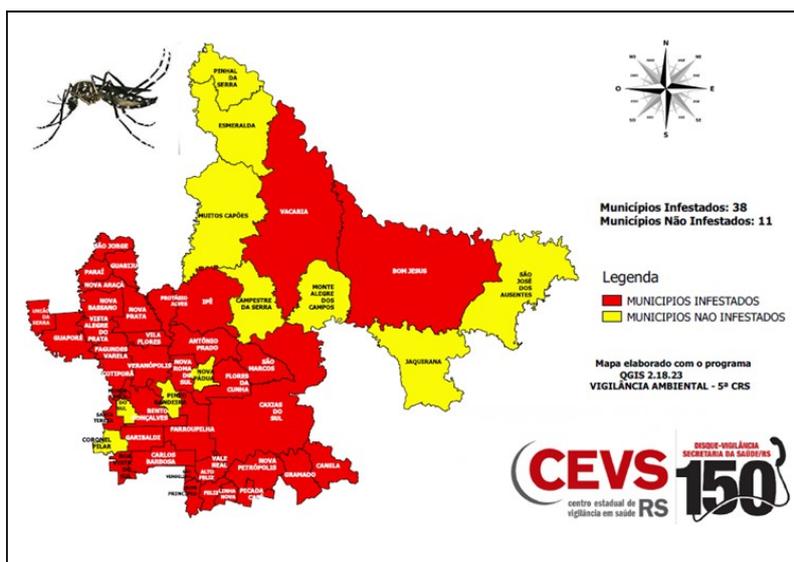
reservatório (primatas não-humanos/ Febre Amarela; caninos, felinos, quirópteros, animais de produção e silvestres/ Raiva Animal); e Animais Peçonhentos (aranhas, cobras, escorpiões, lagartas).

Com relação aos Programas da Vigilância e Controle dos Fatores de Riscos Não-Biológicos, Qualidade da Água para Consumo Humano é a que apresentou maior destaque, tanto na sua execução como os resultados apresentados.

Assim, a equipe técnica da Coordenadoria Regional de Saúde desenvolve supervisões periódicas e apoio técnico aos municípios, acompanhando a execução e tabulação de dados (Programa SiSPNCD/Ministério da Saúde) das atividades desenvolvidas no seu território segundo NTO/MS.

Segundo a NTO/MS, os municípios são classificados em infestados ou não Infestados pelo *Aedes aegypti*, obedecendo critérios técnico-ambientais. O número de municípios considerados infestados pelo *Aedes aegypti* na Macrosserra é de 38, representando 78% dos 49 municípios pertencentes a nossa regional (Figura 01).

Figura 20. Municípios infestados Macrorregião de Saúde Serra, 2022.



Fonte: SiSPNCD/MS; CEVS/SES/RS; 5ªCRS/SES/RS.

A partir da classificação de infestação municipal, as atividades a serem realizadas pelos agentes de endemias e/ou agentes comunitários de saúde são conduzidas tomando como critério a sua situação epidemiológica local.

Quanto ao número de Agentes de Controle de Endemias (ACE), a proporção para municípios infestados é de 1:800 imóveis, e para os não infestados, 1: 6.500 imóveis serão necessários para podermos desenvolver as atividades de campo de forma adequada.

Dos 15 municípios não infestados, 07 municípios ainda não possuem ACE; além disso, dos 34 municípios infestados, 03 não possuem ACE, ACS ou número insuficiente de ACS para a realização das atividades de campo.

O número de ACEs e ACSs atuantes nos municípios têm se mostrado insuficiente para desenvolver as atividades preconizadas. Além disso, alguns municípios que ainda permanecem na condição de não-infestados não informam ou não mantêm regularmente as atividades necessárias para o controle ambiental do *Aedes aegypti*.

Desta forma, questiona-se se o fato destes municípios permanecerem na condição de não-infestados pelo *Aedes aegypti* ocorre porque realmente não há o vetor, ou porque estes municípios não possuem ACS ou ACE e, portanto, não executam as atividades de campo.

Com relação aos municípios infestados, as atividades de Levantamento de Índice mais Tratamento (LI+T) devem ser realizadas bimestralmente (06 ciclos por ano), com cada ciclo atingindo 100% na sua execução. No entanto, de um modo geral, alguns municípios não atingiram as suas metas, apresentando apenas ciclos pontuais com atendimento das metas.

Na Macrosserra, há um questionamento em relação a Região de Saúde 24 (Campos de Cima da Serra). Esta região concentra o maior número de municípios não infestados pelo *Aedes aegypti*.

Durante a supervisão desses municípios, constatamos várias dificuldades de ordens técnicas e burocráticas para sanar e efetivar a implementação e execução, a contento, do Programa de Controle Ambiental do *Aedes aegypti* municipal: Contratação de ACE ou ACS; Coordenador responsável pelo acompanhamento na execução das atividades de campo por parte dos ACE e ACS; correta e oportuna digitação dos dados de campo no Programa SiSPNCD/MS.

Frente a essas deficiências observadas, surgem dúvidas quanto à condição de municípios não infestados, como: os municípios não têm o vetor *Aedes aegypti*? As atividades de campo estão sendo realizadas de forma adequada? Os municípios têm ACS e ACE ou algum outro profissional desenvolvendo as atividades; o Gestor Municipal, apesar de estar ciente da necessidade da contratação de ACE, está disposto a implementar e executar o Programa no seu território?

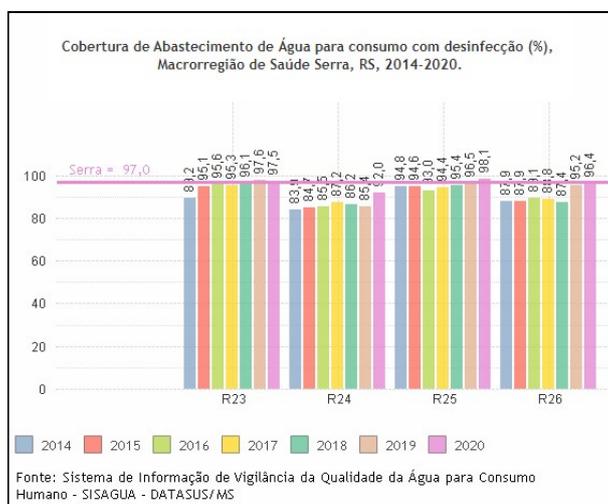
Quanto à realização da atividade de Levantamento de Índice Rápido (LIRA/LIA), também é observado o baixo desempenho realizado pela Região Campos de Cima da Serra. A execução dessa atividade é a que têm apresentado maior sensibilidade quanto à presença do *Aedes aegypti* na localidade trabalhada, devida a sua rápida execução, propiciando maior coleta de larvas e imediato diagnóstico ambiental.

No nosso acompanhamento e avaliação dessa atividade, o seu baixo desempenho, aliado a fatores já anteriormente citados, prejudica o Programa de Controle Ambiental do *Aedes aegypti* municipal pois não temos critérios técnicos suficientes para realizar um diagnóstico ambiental do vetor.

PROGRAMA VIGIÁGUA

Todos os municípios da 5ª CRS possuem o VIGIÁGUA implantado em suas secretarias de saúde.

Gráfico 53. Cobertura de Abastecimento de Água para consumo com desinfecção (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2014-2020.



Quanto à cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção, o Gráfico mostra que 03 regiões de saúde tiveram resultado acima de 95% em 2019 e 2020, o que não aconteceu com a região 24, a qual mantinha um percentual abaixo de 90 % na série histórica de 2014-2019, obtendo 92% em 2020.

População abastecida por Sistema de Abastecimento de Água(SAA): 1.147.855(91,65%);

População abastecida por Solução Alternativa Coletiva(SAC): 74.756(5,97%);

População abastecida por Solução Alternativa Individual(SAI): 23.504(1,88%);

População sem informação: 6.340(0,51%);

População com água tratada na 5º CRS: 1.214.125(96,94%);

População sem água tratada na 5º CRS: 31990(2,55%);

População abastecida por SAC sem tratamento: 8.486(0,68%)

População sem água tratada por Região de Saúde(SAC + SAI):

Região 23 Caxias e Hortênsias: 15.568(2,45%)

Região 24 Campos de Cima da Serra: 7.290(7,26%)

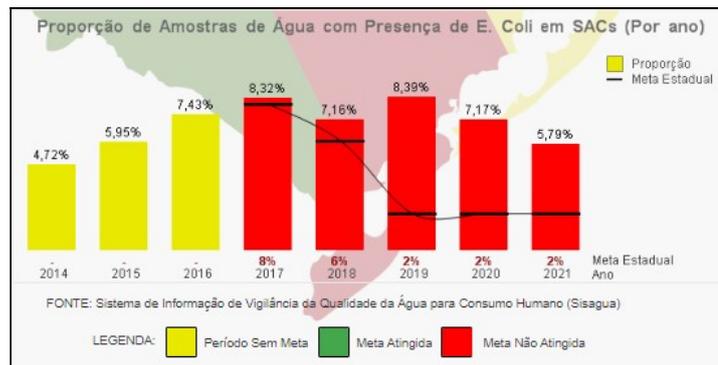
Região 25 Vinhedos e Basalto: 3.196(0,99%)

Região 26 Uva e Vale: 5.935(3,08%)

FONTE: SISAGUA

Indicador 2: Proporção de amostras de água com presença de *Escherichia coli* em SAC's:

Gráfico 54. Proporção de Amostras de Água com Presença de *E. Coli* em SACs (Por ano).



Fonte: BI, 2022.

5º CRS(2021): 5,79%
 Região 23 Caxias e Hortênsias: 0,76%
 Região 24 Campos de Cima da Serra: 10,24%
 Região 25 Vinhedos e Basalto: 5,80%
 Região 26 Uva e Vale: 4,53%
 FONTE: B.I (Meta: 2%)

Existe a necessidade do tratamento da água de todas as Soluções Alternativas coletivas da 5º CRS. No SISAGUA existem 807 SAC's cadastradas, destas 167 não recebem tratamento, representando um risco sanitário muito grande para a população, uma vez que a água não tratada pode ser fonte de veiculação de vírus, bactérias, protozoários e parasitos a população.

Programa de controle de Simulídeos

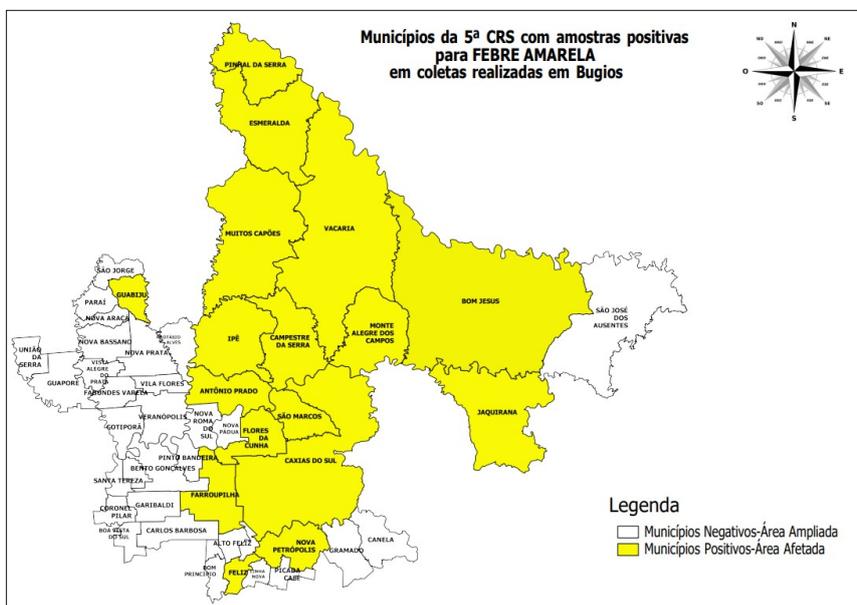
21 municípios com o projeto finalizado e aprovado;
 07 municípios em fase de finalização;

Conforme Resolução nº 467, de 16 de julho de 2015 do Conselho Nacional do Meio Ambiente(CONAMA) para aplicar BTI em arroios é necessário ter um projeto aprovado, onde consta o nome do Gestor Responsável pelo projeto, assim como, o Responsável Técnico pelo projeto e pela aplicação do produto. Estamos a disposição para auxiliar no que for necessário para a implantação do programa nos municípios.

Programa de controle da Febre Amarela

Em 2021 tivemos a ocorrência da Febre Amarela Silvestre em macacos (bugios), onde foi detectada a presença do vírus amarelo através de exame laboratorial em 86 bugios de 18 municípios.

Figura 21. Mapa de ocorrência de Febre Amarela em primatas, 2021, Macrosserra.



4.4.4 Saúde do Trabalhador

A VISAT (Vigilância em Saúde do Trabalhador) da 5ª CRS assessora o CEREST (Centro Regional Especializado em Saúde do Trabalhador) e as 49 Vigilâncias municipais na identificação de agravos, investigações de óbito, execução de Vigilância em Ambientes de Trabalho, educação continuada das Vigilâncias Municipais, seminários e demais demandas da área. Somos uma das regiões que mais notifica agravos, embora alguns municípios ainda estejam abaixo das metas pactuadas. Em 2020 foram notificados 11.331 agravos, e em 2021 foram 11.797, e foram investigados 46 (2020) e 76 (2021) óbitos possivelmente relacionados ao trabalho.

Com relação à equipe da Vigilância em Saúde do Trabalhador da 5ª CRS, a mesma é composta apenas por um servidor, da área da Engenharia, dificultando o auxílio na área clínica para os municípios. Essa área clínica atualmente está sendo exercida de maneira plena pelo CEREST.

Tendo em vista a obrigatoriedade de notificação da maioria dos agravos em Saúde do Trabalhador no SINAN, é de suma importância que sejam disponibilizados acessos do SINAN exclusivos para a Saúde do Trabalhador aos municípios que não os tenha, bem como colocar pelo menos um funcionário responsável exclusivo pelas demandas da Saúde do Trabalhador (a grande maioria dos municípios não tem um ou mais funcionários responsáveis exclusivos para a Vigilância em Saúde do Trabalhador). Já com relação ao CEREST, é importante que eles possam retomar as atividades interrompidas em 2018, quando o espaço para consultas, exames e anamneses especializadas foi retirado do serviço e nunca disponibilizado novamente pelo município-sede do serviço, Caxias do Sul. O CEREST Serra é um dos serviços regionais mais atuantes do tipo no Estado (comprovado pelos relatórios quadrimestrais do programa federal Qualifica CEREST), sendo também destaque entre os CEREST nacionalmente, mesmo sem poder exercer as atividades já mencionadas. O serviço vem se mantendo ativo desde 2012, e sua atuação

tem fomentado as notificações de agravos relacionados ao trabalho de maneira muito significativa.

4.4.5 Vigilância Sanitária

A Vigilância sanitária da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde coordena e executa as ações de vigilância de 49 municípios. Conforme Resolução CIB nº 250/07, e exemplificado na Tabela 1, não houve adesão das ações estratégicas pela maioria dos municípios ligados a esta regional de saúde, não havendo, nenhum dos 49 municípios que realize 100% das ações estratégicas. Desse modo, a vigilância sanitária da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde executa inspeções sanitárias nos 49 municípios pertencentes a ela, sendo: todas ações de industrialização de alimentos em 36 municípios; farmácias de manipulação e laboratório clínico em 45 municípios; distribuidoras e importadoras de medicamentos em 46 municípios; indústria de correlatos e distribuição de correlatos em 48 municípios; radiações em 46 municípios; indústria de saneantes em 46 municípios e indústria de cosméticos em 48 municípios, os quais totalizam, no momento, 592 estabelecimentos. Com relação aos estabelecimentos de saúde, são fiscalizados pela 5ª Coordenadoria Regional de Saúde: 19 hospitais, 11 clínicas cirúrgicas, 03 serviços de diálise, 07 serviços de quimioterapia, 18 agências transfusionais, 02 bancos de tecido ocular, 02 serviços de terapia de nutrição enteral e parenteral, 05 unidades de terapia intensiva adulto e 13 serviços de endoscopia. Dessa forma, há atualmente 672 estabelecimentos de interesse à saúde sob competência de fiscalização estadual.

A regional ainda orienta e coordena as ações desenvolvidas pelas Vigilâncias Sanitárias Municipais na fiscalização de escolas, creches, academias, Instituições de Longa Permanência para Idosos, lavanderias, cemitérios e funerárias, clínicas estéticas, clínicas médicas, restaurantes, lancherias, mercados e drogarias, entre outros estabelecimentos de interesse à saúde de baixa complexidade, conforme estabelecido pela Resolução CIB nº 30/2004. São executadas também ações em atendimento a denúncias, inspeções conjuntas com outros órgãos e acompanhamento de relevantes programas de monitoramento da qualidade de produtos e serviços. A vigilância em saúde possui diversas ações integradas na atenção especializada da Rede de Atenção à Saúde como o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente da Vigilância Sanitária que tem por objetivo o monitoramento da qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde e a investigação dos eventos adversos, sobretudo eventos graves e resultantes em óbitos. Até abril de 2020, 26% dos hospitais com UTI Adulto do RS estavam classificados como alta adesão às práticas de segurança do paciente, evidenciando a importância de atuar junto aos serviços a fim de ampliar este universo.

Desta forma, seriam medidas resolutivas que viriam a otimizar a produtividade das atividades de fiscalização e vigilância sanitária na região:

1. Adesão dos municípios ao sistema SIVISA (Sistema de Informação em Vigilância Sanitária), para emissão dos alvarás sanitários (padronização e acessibilidade de informações);
2. Adesão dos municípios as ações estratégicas conforme estabelecido na Resolução CIB nº 250/2002, descentralizando as ações (maior proximidade e conhecimento da realidade do município, permitindo também à 5ª Coordenadoria Regional de Saúde exercer a atividade de coordenação, orientação e monitoramento das ações municipais com maior frequência a partir da redução da execução das ações), incluindo a adesão a ação aprovação de projetos

arquitetônicos relacionados aos estabelecimentos de saúde. Com relação à adesão a ação estratégica de Indústria de Alimentos, cabe destacar que o profissional necessita de nível superior em qualquer área desde que devidamente capacitado. A equipe do setor de alimentos da regional se disponibiliza para capacitar o profissional através de reuniões e fiscalizações conjuntas, sempre que necessário;

- Vínculos empregatícios que incentivem os profissionais da fiscalização a permanecerem no cargo, tais como disponibilidade de equipe mínima para as inspeções e disponibilidade de recursos físicos (máquina fotográfica para registro das inspeções, computadores, veículo, telefones, papelarias e outros). Salienta-se também que os servidores com vínculo estatutário possuem estabilidade e estão respaldados de interferências pessoais e políticas no exercício de suas funções.

Quadro 01: Municípios que assumiram Ações Estratégicas em Vigilância Sanitária conforme Resolução CIB 250/2007. Atualizado março/2020.

Antônio Prado CIB 376/2015	✓ Indústrias de Alimentos
Bento Gonçalves (>100.000) CIB 048/2012	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indústrias de Alimentos ✓ Farmácias ✓ Laboratórios clínicos ✓ Serviços de Radiodiagnóstico médico e odontológico ✓ Indústrias de Saneantes
Caxias do Sul (>100.000) <u>piso estratégico</u> CIB 200/2008	✓ Todas ações estratégicas municipais
Farroupilha (>50.000) CIB 048/2012	✓ Indústrias de Alimentos
Flores da Cunha CIB 313/2015	✓ Indústrias de Alimentos
Gramado <u>piso estratégico - turístico população flutuante</u> CIB 169/2009 CIB 075/2015	✓ Indústrias de Alimentos
Guaporé <u>piso estratégico</u> CIB 327/2011 CIB 203/2014	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Farmácias ✓ Laboratórios clínicos ✓ Indústrias de Alimentos e de Embalagens de Alimentos ✓ Fracionamento de medicamentos e de insumos farmacêuticos ✓ Distribuidoras de medicamentos e de insumos farmacêuticos ✓ Importadoras e exportadoras de medicamentos e insumos farmacêuticos ✓ Industrialização e reembalagem de saneantes com grau de risco I e II ✓ Atendimento Imediato de Urgência de Alta Complexidade e Emergência (inclusive os veículos) ✓ Radiodiagnóstico Médico (Raio-X, Tomografia, Mamografia e Densitometria Óssea) e estabelecimentos que utilizam equipamentos emissores de radiação que não se incluam naqueles de responsabilidade de nível estadual-central
Monte Belo do Sul CIB 204/2014	✓ Indústrias de Alimentos
Nova Bassano CIB 652/2014	✓ Indústrias de Alimentos
Nova Pádua CIB 58/2020	✓ Indústrias de Alimentos
Nova Petrópolis <u>piso estratégico - turístico população flutuante</u> CIB 169/2009 CIB 327/2011	✓ Indústrias de alimentos
Paráí CIB 379/2015	✓ Indústrias de alimentos
Picada Café CIB 307/2014	✓ Indústrias de alimentos
Santa Tereza	✓ Indústrias de Alimentos

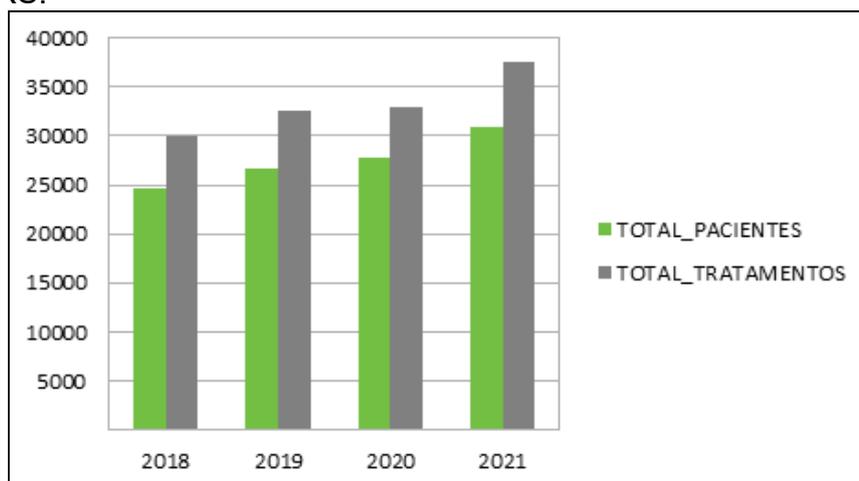
CIB 525/2014	
Vacaria (>50.000) CIB 048/2012 CIB 206/2014	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Farmácias ✓ Laboratórios clínicos ✓ Distribuidoras de medicamentos e de insumos farmacêuticos ✓ Importadoras e exportadoras de medicamentos e insumos farmacêuticos ✓ Fracionamento de medicamentos e insumos farmacêuticos
Canela <u>piso estratégico - turístico população flutuante</u> CIB 169/2009	
Garibaldi <u>piso estratégico - turístico população flutuante</u> CIB 169/2009	
São José dos Ausentes <u>piso estratégico - turístico população flutuante</u> CIB 169/2009	

4.5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica materializa-se como sendo uma política transversal nas Redes de Atenção à Saúde - RAS, que deve trabalhar de forma articulada e integrada com os programas e serviços de saúde na promoção, proteção e recuperação de saúde.

A oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada em três componentes que compõem o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica (AF) – Básico (CBAF), Estratégico (CESAF) e Especializado (CEAF). De modo complementar, o estado do RS disponibiliza medicamentos e fórmulas nutricionais constantes no Programa de Medicamentos Especiais, que constitui um grupo para tratamento de outras doenças não contempladas nos programas de saúde definidos de forma tripartite. Estes medicamentos são dispensados nas farmácias especializadas (FMEs) descentralizadas nos municípios visando a ampliar o acesso dos usuários aos medicamentos disponibilizados no Estado.

Gráfico 55. Número de pacientes e número de tratamentos administrativos ativos do CEAF da 5ª CRS.



Fonte: Sistema AME - Administração de Medicamentos

Todos os 49 municípios da macrorregião Serra possuem farmácia estruturada para dispensação de medicamentos do componente especializado (financiados pelo Ministério da Saúde e distribuídos pelo Estado do RS) e medicamentos e fórmulas nutricionais do componente especial (financiados pelo Estado do RS) para tratamento de doenças

prevalentes regionalmente, não contempladas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do MS. Cada farmácia também realiza a distribuição de medicamentos do componente estratégico de compra centralizada pelo MS e distribuídos pelo Estado do RS para atendimento às doenças de perfil endêmico como tuberculose, hanseníase, endemias e outras. No território, existem cinco Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) vinculadas aos Serviços de Atendimento Especializado (SAE).

Os municípios da região 24 destacam que deve ser mantida a regularidade na distribuição dos medicamentos que são de atribuição estadual e federal, visto que a quantidade entregue é insuficiente e o fornecimento irregular. A AMUCSER (Associação dos Municípios dos Campos de Cima da Serra) firmou o CONDESUS, consórcio que viabiliza a compra de medicamentos do componente básico por preços mais acessíveis. Com relação aos medicamentos e insumos de obrigação do Estado e União ocorrem muitos casos de judicialização, obrigando os municípios a adquirirem com recursos próprios.

O Programa de Financiamento Farmácia Cuidar+ que tem como objetivo ampliar, qualificar e promover os serviços farmacêuticos nas Farmácias Especializadas de Medicamentos (FME) teve adesão de 90% dos municípios na Macrorregião Serra. Os municípios que não realizaram a adesão foram Alto Feliz, Cotiporã, Feliz, Fagundes Varela e Nova Roma do Sul, sendo que os dois últimos não atenderam um dos requisitos obrigatórios que é possuir farmacêutico responsável técnico na farmácia (para concessão do Certificado de Regularidade Técnica perante o Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul). O valor do incentivo financeiro repassado aos municípios foi calculado de acordo com o porte da FME.

O estado do Rio Grande do Sul foi o primeiro a implementar, no País, uma plataforma digital para que os usuários do SUS realizem a primeira solicitação de alguns medicamentos e terapias nutricionais do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e do Programa de Medicamentos Especiais da SES/RS, sem a necessidade de abertura presencial de processo administrativo em uma Farmácia de Medicamentos Especiais no município. Através da plataforma **Farmácia Digital RS** os usuários que possuem tratamentos cadastrados com medicamentos disponibilizados pela Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) também podem realizar a renovação pela internet. Segundo o AME, na macrorregião Serra, os municípios de Bento Gonçalves, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Farroupilha, Feliz e Flores da Cunha tiveram a adesão de usuários na plataforma Farmácia Digital RS para a primeira solicitação de medicamentos e renovação.

A Farmácia Solidare localizada no município de Farroupilha, é pioneira no Estado, tendo iniciado suas atividades em junho de 2015 e serviu de base para a formulação da lei Estadual 15.339/2019 que instituiu o Programa Solidare - Farmácia Solidária, que consiste no recebimento de doações de medicamentos por parte da comunidade, triagem e realocação dos insumos gratuitamente para a população mais vulnerável, sob responsabilidade técnica de um profissional farmacêutico.

As ações da Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PIPMF) no RS são financiadas pela Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), por meio do Projeto Arranjo Produtivo Local de Plantas Medicinais e o objetivo da política é garantir à população o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos.

A Macrosserra é uma das regiões mais avançadas e promissoras do Estado quanto à implementação da PIPMF com quatro municípios contemplados em editais do MS relacionados à política. Alguns municípios da Macrosserra já possuem a dispensação de

chás medicinais e trabalham a fitoterapia a partir de hortos municipais e atividades de educação em saúde com a população. Dentre esses, o município de Nova Petrópolis é pioneiro servindo de modelo para outras regiões do Estado.

A 5ª CRS tem acompanhado os municípios contemplados nos referidos editais das Farmácias Vivas com o objetivo de assessorar na implantação dos projetos contemplados.

Destaca-se, entretanto que durante o ano de 2021, apenas cinco municípios da Macrosserra informaram no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) a fitoterapia como uma racionalidade em saúde utilizada no atendimento individual dos pacientes.

Tabela 20: Municípios da Macrosserra com informação de fitoterapia na APS no ano de 2021.

MUNICÍPIO	FITOTERAPIA
FLORES DA CUNHA	228
FELIZ	2
VALE REAL	10
VERANÓPOLIS	8
BENTO GONÇALVES	5

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB

Os dados apresentados demonstram um sub-registro das ações em fitoterapia na Macrosserra, estabelecendo a necessidade de permanecer capacitando os profissionais em relação ao correto registro das ações de fitoterapia realizadas.

Além disso, torna-se fundamental o papel da 5ª CRS na disseminação das informações em relação à fitoterapia para os municípios que ainda não ofertam e também do estímulo para troca de experiências e visibilidade às ações já ofertadas.

5. NECESSIDADES REGIONAIS

A seguir, as necessidades de saúde por região, elencadas nos diagnósticos regionais em 2019. As mesmas foram revistas e atualizadas conforme mostra o capítulo das DOMIs.

Região 23

Necessidade Regional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/Embasamento	Necessidade Regional de Ação ou Serviço de Saúde (descrever qual ação ou serviço)
Alta Complexidade Traumato ortopedia	Dificuldade no acesso ao serviço de referência na Macrosserra, pois a capacidade instalada é insuficiente, gerando vários processos judiciais.	Verificar outros prestadores da Macrosserra que possuam condições técnicas para solicitar a habilitação nesta especialidade.

Alta Complexidade Neurologia	Dificuldade no acesso ao serviço de referência na Macrosserra, pois a capacidade instalada é insuficiente.	Verificar outros prestadores da Macrosserra que possuam condições técnicas para solicitar a habilitação nesta especialidade.
Alta Complexidade Cardiologia	Dificuldade no acesso ao serviço de referência na Macrosserra, pois a capacidade instalada é insuficiente.	Verificar outros prestadores da Macrosserra que possuam condições técnicas para solicitar a habilitação nesta especialidade.
Consultas médicas em especialidades(dermatologia, endocrinologia, pneumologia, gastroenterologia, proctologia)	Muitos municípios adquirem estes serviços utilizando recursos livres da área da saúde, fora de seu território,oucontratamprofissionaispara atender, mas que não possuem vínculo com a SMS. Isso dificulta a cobrança via SIA/SUS, e prejudica os registros de produção ambulatorial.	Organizar de forma regional as referências, através de consórcios intermunicipais, pactuação de referência entre municípios, entre outros.
Urologia média e alta complexidade	Não há serviço habilitado dentro da Macrosserra.	Alta complexidade poderia ser habilitadas e num dos hospitais de grande porte da Macrosserra.
Endoscopia/ Colonoscopia	Insuficiência assistencial na região. Os serviços não conseguem absorver toda a demanda para estes exames, gerando lista de espera com tempo superior a um ano, fato preocupante uma vez que existe grande incidência de neoplasias na população.	Reorganização do teto MAC/FPO municipal e contratualização de novos prestadores.
Bucomaxilofacial	Não há serviço habilitado dentro da Macrosserra.	Alta complexidade poderia ser habilitada e num dos hospitais de grande porte da Macrosserra. Sugere-se o Hospital Pompéia de Caxias do Sul, uma vez que já realiza atendimentos nesta área para os município de Caxias do Sul. O Hospital Arcanjo São Miguel, Gramado, aguarda aprovação do Estado para habilitação do serviço de ambulatório clínicocirúrgico de média complexidade eletivo, para ser referência para a MacroSerra.
Cabeça e Pescoço	Esta especialidade foi desmembrada da traumato ortopedia, deixando a Macrosserra sem referência.	Hospital Pompéia possui capacidade técnica para absorver esta demanda.
PediatriaUrgência/ret aguarda	Sem referência na Macrosserra.	Hospital Geral poderia absorver esta demanda, uma vez que possui capacidade técnica e atende a população de Caxias doSul.

Pediatria Cirúrgica geral	Sem referência na Macrosserra.	Caxias do Sul apresenta série histórica desta área, porém ao longo dos anos esta referência foi perdida na Macrosserra. Sugere-se novas discussões e pactuações no conselho inter gestormunicipal.
Tomografia por emissão de Pósitrons - PET-CT	OPET_CT realizado no Hospital Pompéia é referência para as Regiões de Saúde 15, 16, 17, 18, 19, 20 e para toda a Macrosserra. A Portaria Nº1.631/15 estabelece um equipamento para cada 1,5milhão de habitantes. Portanto, verifica-se que este serviço é insuficiente para atender toda a demanda das regiões citadas.	Sugere-se que este serviço permaneça sendo referência somente para a Macrosserra.
Colangiopancreatografi aretrógrada-CPRE	Sem referência na Macrosserra. Este exame é realizado na rede privada por muitas instituições filantrópicas da região e Macrosserra. Entretanto, este exame não foi previsto quando distribuído o teto MAC pelo MS na assinatura do pacto de gestão.	Buscar a integralização do teto MAC para absorver esta demanda e organizar de forma regional as referências.
Implementação da RedeCegonoa	Existe vazio assistencial para parto enascimento de risco habitual para osmunicípios de Nova Petrópolis, Picada Café e Linha Nova. As maternidades de Gramado e Canela necessitam de adequações.	Habilitar o Hospital de Nova Petrópolis para atendimento regionalizado do parto. Adequar os hospitais de Gramado e Canela para atendimento da população própria
Ampliação de cobertura deCAPS	O município de Canela e Caxias do Sul tem possibilidade de ampliar a cobertura de CAPS, pois os serviços hoje existentes estão com a capacidade de atendimento esgotada.	Habilitar 01 CAPS álcool e drogas em Canela Habilitar mais 01 CAPS tipo II no município de CaxiasdoSul
LeitosdeSaúdeMental	A região possui dois hospitais com leitos habilitados em enfermarias clínicas não estruturadas, o que dificulta o atendimento de casos mais graves e internações compulsórias. Além disso, Caxias do Sul possui leitos em hospital geral que funcionam sem habilitação federal.	Habilitar duas enfermarias especializadas em saúde mental, com 8 a 10 leitos Habilitar leitos existentes no município de Caxias do Sul
ESF	Melhorar a cobertura populacional.	Adesão dos gestores municipais e ampliação de recursos federais e estaduais repassados mensalmente para custeio deste programa.

SAD	Melhorar a cobertura populacional.	Adesão dos gestores municipais e ampliação de recursos federais e estaduais repassados mensalmente para custeio deste programa. Sugere-se ampliar o serviço já existente em Caxias do Sul em mais duas EMADtipol.
Linha de Cuidado Cerebrovascular	A Macrosserra possui 5 leitos habilitados no Hospital Pompéia, em Caxias do Sul. No entanto, não é suficiente para atender toda a demanda.	Conforme Portaria 665/2012, a Macrosserra necessitaria de mais 23 leitos.

Região 24

Necessidade Regional de Saúde	Justificativa/ Embasamento	Necessidade Regional de Ação ou Serviço de Saúde
Melhorar o cuidado na AB do Diabetes	Dificuldade de aderência dos usuários ao tratamento/autocuidado.	Ambulatório regional para a prevenção dos agravos da diabetes e cuidados básicos realizados na AB.
Estratificação dos pacientes com doenças crônicas	É muito importante sabermos a realidade através de dados concretos para planejamento das ações.	Qualificação do processo de trabalho das equipes da AB.
Ampliar os dispositivos do território de promoção da saúde.	Ampliação do acesso	Ampliação do número de academias da saúde em funcionamento
Rotatividade dos profissionais nos municípios menores, principalmente médicos.	Aumento do vínculo com os usuários e do cuidado ofertado na AB, continuidade do processo de trabalho.	Planos de carreiras para fixação dos profissionais em municípios menores.
Revisão do teto MAC da Região 24	Identificar deficiências e a não oferta de serviços. Tornar visível a cota financeira de cada município por especialidade.	Aporte financeiro adequado por parte da SES e MS.
Fortalecimento da rede de atenção da Região 24, com mais	Estruturação profissional do centro de especialidades, visando	Aporte financeiro adequado por parte da SES e MS (os

referências no território	contratação de profissionais para atendimento regional.	municípios financiam separadamente através do CONDESUS)
Regularidade no fornecimento de medicamentos e insumos do componente especializado.		SES e MS planejar processos licitatórios visando manter o fornecimento adequado.
Rever as cotas das consultas de retorno para protetizados na saúde Auditiva de referência em Caxias do Sul.	Cotas insuficientes devido os retornos programados para regulagem e manutenção nas próteses.	Revisão de cotas (Secretaria de Saúde Caxias do Sul)
Rever cotas de consultas e procedimentos de Alta Complexidade de referência em Caxias do Sul.	Única especialidade com cotas suficientes é na oncologia.	Revisão de cotas (Secretaria de Saúde Caxias do Sul). Aporte financeiro adequado por parte da SES e MS.

Região 25

Necessidade Regional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/Embasamento	Necessidade Regional de Ação ou Serviço de Saúde (descrever qual ação ou serviço)
Alta Complexidade Traumatologia ortopedia	Dificuldade no acesso ao serviço de referência na Macrosserra, pois há capacidade instalada insuficiente. Uma das principais especialidades que gera judicialização.	O Hospital Tacchini possui condições técnicas para solicitar a habilitação nesta especialidade.
Alta Complexidade Neurologia	Dificuldade no acesso ao serviço de referência na Macrosserra, pois há capacidade instalada insuficiente.	O Hospital Tacchini possui condições técnicas para solicitar a habilitação nesta especialidade.
Alta Complexidade Cardiologia	Dificuldade no acesso ao serviço de referência na Macrosserra, pois há capacidade instalada insuficiente.	O Hospital Tacchini possui condições técnicas para solicitar a habilitação nesta especialidade.
Cirurgia Vasculare Venoso	Não há referência pactuada na região 25.	Hospitais de médio porte poderiam realizar estes procedimentos, desde que fossem incorporados valores ao teto MAC.
Consultas médicas em especialidades (dermatologia, endocrinologia, pneumologia, gastroenterologia, proctologia)	Muitos municípios adquirem estes serviços utilizando recursos livres da área da saúde, fora de seu território, ou contratam profissionais para atender, mas que não possuem vínculo com a SMS. Isso dificulta a cobrança via SIA/SUS, e prejudica os registros	Organizar de forma regional as referências, através de consórcios intermunicipais, pactuação de referência entre municípios, entre outros.

	de produção ambulatorial.	
Urologia média e alta complexidade	Não há serviço habilitado dentro da Macrosserra.	Alta complexidade poderia ser habilitadas em um dos hospitais de grande porte da Macrosserra. Quanto a média complexidade, o Hospital de Garibaldi manifestou interesse em habilitar ambulatório clínico cirúrgico nesta especialidade.
Endoscopia/Colonoscopia	Insuficiência assistencial na região. Os serviços não conseguem absorver toda a demanda para estes exames dentro da região.	Reorganização do teto MAC/FPO municipal e contratualização de novos prestadores.
Bucomaxilofacial	Não há serviço habilitado dentro da Macrosserra.	Alta complexidade poderia ser habilitada em um dos hospitais de grande porte da Macrosserra. Sugere-se o Hospital Pompéia de Caxias do Sul, uma vez que já realiza atendimentos nesta área para os municípios de Caxias do Sul. O Hospital Arcanjo São Miguel, Gramado, aguarda aprovação do Estado para habilitação do serviço de ambulatório clínico cirúrgico de média complexidade eletivo, para ser referência para a Macro Serra.
Cabeça e Pescoço	Esta especialidade foi desmembrada da traumatologia ortopedia, deixando a Macrosserra sem referência.	Hospital Pompéia possui capacidade técnica para absorver esta demanda.
Pediatria Urgência/retaguarda	Sem referência na Macrosserra.	Hospital Geral poderia absorver esta demanda, uma vez que possui capacidade técnica e atende a população de Caxias do Sul. Hospital Tacchini também poderia absorver a demanda da região de saúde 25.
Pediatria Cirúrgica geral	Sem referência na Macrosserra.	Caxias do Sul apresenta série histórica desta área, porém ao longo dos anos esta referência foi perdida na Macrosserra. Sugere-se novas discussões e pactuações no conselho Inter gestor municipal.
Tomografia por emissão de Pósitrons -PET-CT	O PET_CT realizado no Hospital Pompéia é referência para as Regiões de Saúde 15, 16, 17, 18, 19, 20 e para toda a Macrosserra. A Portaria N° 1.631/15 estabelece um equipamento para cada 1,5 milhão de habitantes. Portanto, verifica-se que este serviço é insuficiente para atender toda a demanda das regiões citadas.	Sugere-se que este serviço permaneça sendo referência somente para a Macrosserra.
Colangiopancreatografia retrógrada - CPRE	Sem referência na Macrosserra. Este exame é realizado na rede privada por muitas instituições filantrópicas da região e Macrosserra. Entretanto, este	Buscar a integralização do teto MAC para absorver esta demanda e organizar de forma regional as referências.

	exame não foi previsto quando distribuído o teto MAC pelo MS na assinatura do pacto de gestão.	
SAMU	Melhorar a cobertura populacional.	Adesão dos gestores municipais e ampliação de recursos federais e estaduais repassados mensalmente para custeio deste programa.
CAPS	Melhorar a cobertura populacional.	Adesão dos gestores municipais e ampliação de recursos federais e estaduais repassados mensalmente para custeio deste programa.
SAD	Melhorar a cobertura populacional.	Adesão dos gestores municipais e ampliação de recursos federais e estaduais repassados mensalmente para custeio deste programa.
ESF	Melhorar a cobertura populacional.	Adesão dos gestores municipais e ampliação de recursos federais e estaduais repassados mensalmente para custeio deste programa.

Região 26

Necessidade Regional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/Embasamento	Necessidade Regional de Ação ou Serviço de Saúde (descrever qual ação ou serviço)
ESF	Melhorar a cobertura populacional	Ampliar o nº de Equipes de ESF nos municípios maiores
Angiologia e Cirurgia Vascular	Falta de referência para atendimento em Media Complexidade	Habilitação do serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular pelo SUS, assim como a oferta de exame
Cardiologia	Oferta de consultas e exames insuficientes para demanda da Região	Ampliação e ou habilitação de novos serviços para consultas, exames e procedimentos em cardiologia
Dermatologia	Falta de referência para atendimento em Media Complexidade	Habilitação de serviço de Ambulatório para consultase biópsias
Endocrinologia	Falta de referência para consultas em Media Complexidade	Habilitar serviço de consultas médicas em Endocrinologia, assim como ampliar o acesso aos exames
Gastrologia /proctologia	Falta de referência para exames e consultas	Habilitar serviço de referência para consultas e exames de Endoscopia, colonoscopia, retossigmoidoscopia, e colangiopancreatografiaretrograda.
Neurologia	Falta de referência para atendimento em Media	Habilitar serviço de referência para consultas e

	Complexidade para consultas e exames	exames em Neurologia, em especial eletroneuromiografia e ultrassonografia trans fontanela)
Nefrologia	Acesso restrito aos exames de ecografia paravias urinárias	Ampliação de recursos para atendimento da demanda reprimida
Oftalmologia/Traumatologia/ortopedia	Acesso insuficiente por falta de recursos *Sem referência para emergência na Macro Serra, em oftalmologia	*Ampliação de recursos financeiros para atender a demanda reprimida de consultas e exames. *Habilitação de Serviço de Urgência/emergência em oftalmologia
Pneumologia	Falta de referência para atendimento em Media Complexidade	Habilitar serviço de referência para consultas e exames como broncoscopia, expirometria. Ampliar os exames de RM, TC de Tórax.
Otorrinolaringologia/Reumatologista	Falta de referência para atendimento em Media Complexidade	Habilitar serviço de referência para consultas e exames em Media Complexidade em otorrino
Urologia Pediátrica Urologia Adulto	Falta de profissional médico para atendimento em pediatria na especialidade *Não possuem referência para exames de cistoscopia, estudo urodinâmico e uretrocistografia miccional	*Construção de uma rede de referência para urologia Pediátrica; * Habilitar referência para exames específicos em urologia *Ampliação do recursos para ultrassonografia abdominal de próstata e trans retal de próstata
Buco-maxilo-facial	Falta de referência para atendimento em Media Complexidade	Habilitar serviço de consulta e cirurgias
UTI Adulto/ Pediátrica	Falta de leitos	Habilitação e ampliação de novos leitos pelo SUS

6. FINANCIAMENTO

Segue abaixo, descritivo dos repasses de recursos estaduais e federais para a Macrorregião de Saúde Serra.

Gráfico 56. Receita de Impostos Líquida e Transferências Constitucionais e Legais (RLIT) per capita e Despesa com recursos próprios municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.

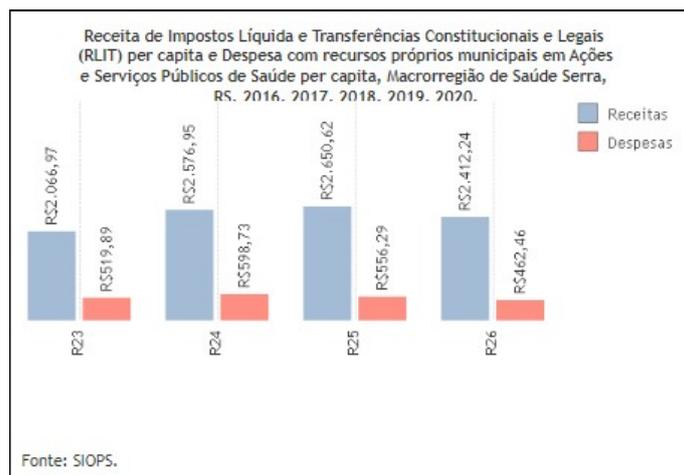


Gráfico 57. Percentual da receita própria municipal aplicada em Ações e Serviços Públicos de Saúde conforme a EC 29/2000 per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.

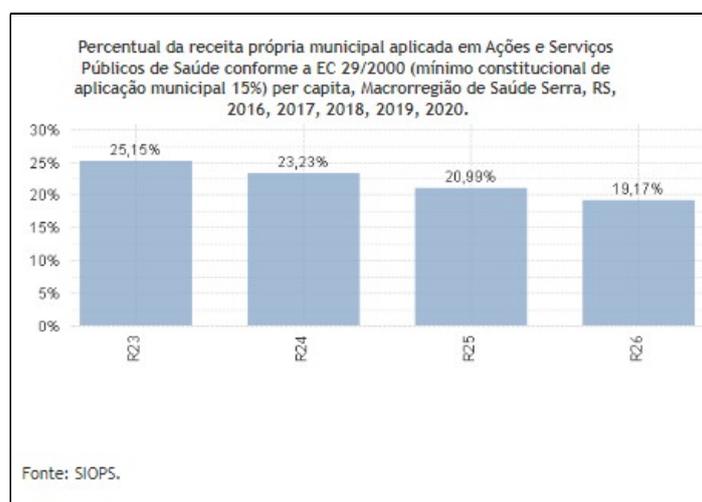


Gráfico 58. Despesa total em Ações e Serviços Públicos de Saúde per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.

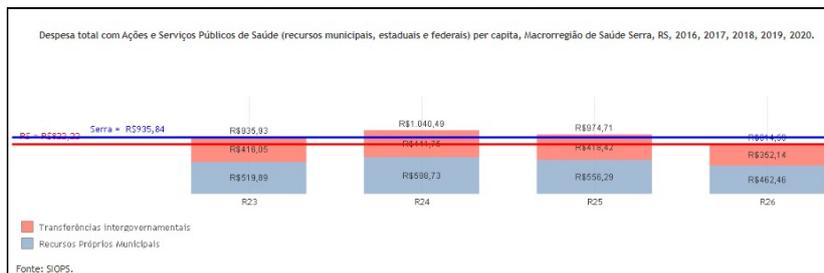


Gráfico 59. Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.

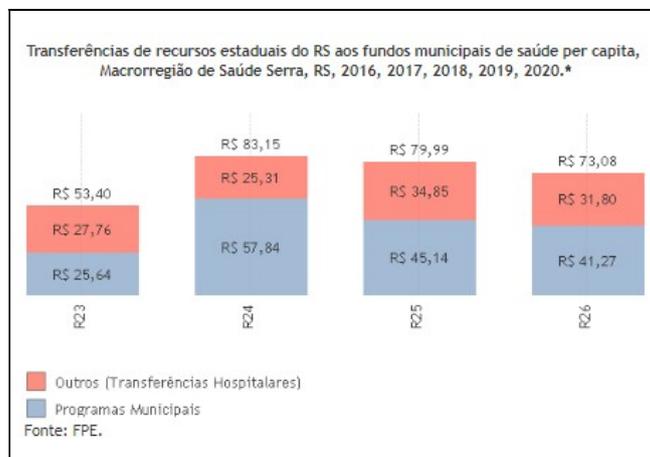


Gráfico 60. Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais (programas municipais e outros) per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2015 – 2021.

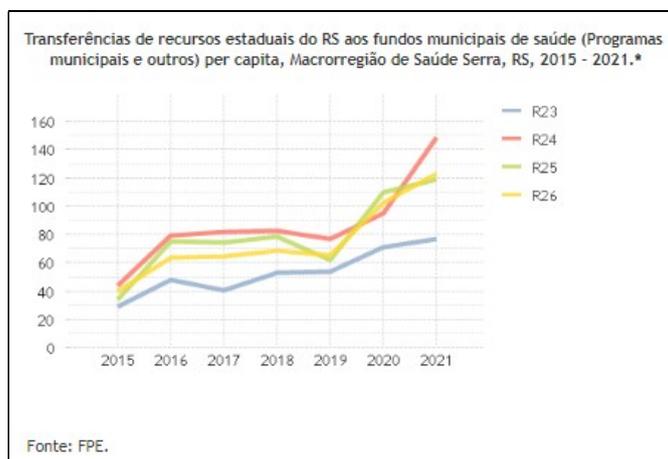


Gráfico 61. Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde (programas municipais e outros) por subfunção orçamentária per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.

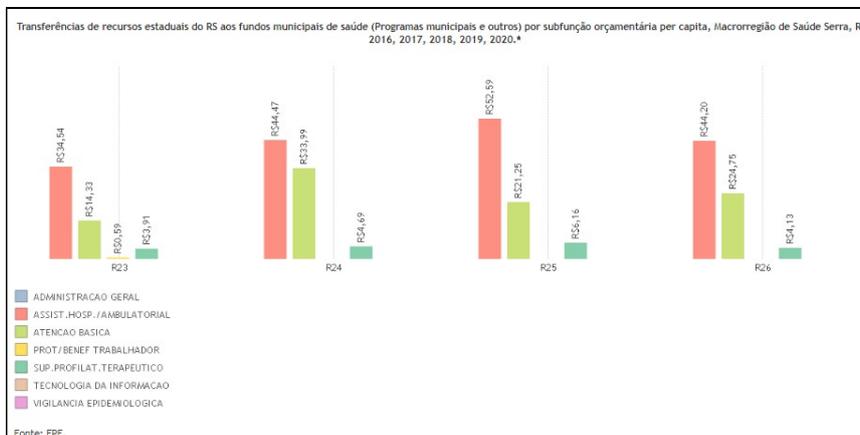


Gráfico 62. Total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020

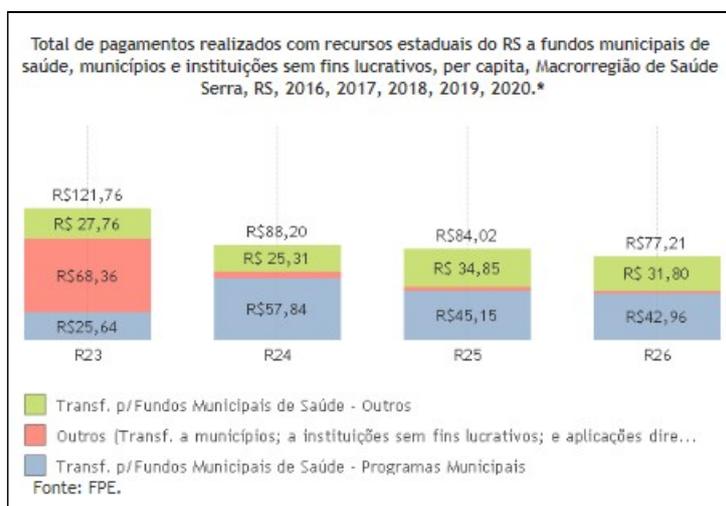
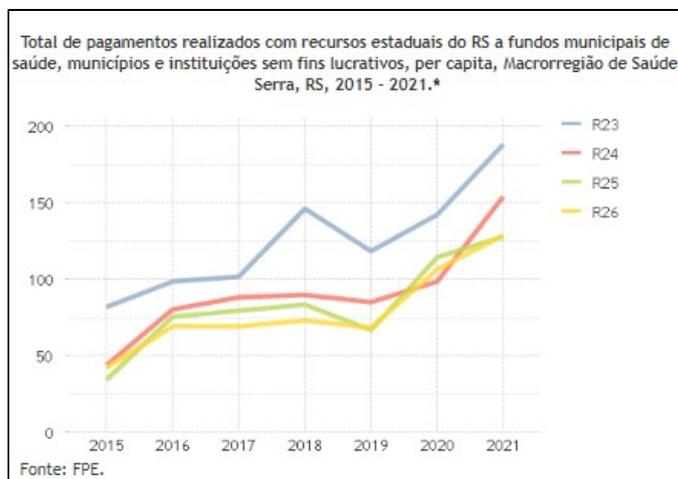


Gráfico 63. Total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2015-2021.



Segue abaixo a descrição dos recursos recebidos através do Programa Avançar na Saúde/RS, para municípios da Macrorregião de Saúde Serra.

HOSPITAL	MUNICÍPIO	CR ^º	EDIÇÃO	OBJETO	TIPO	VALOR	TIPO DE GESTÃO
Hospital São José	Antônio Prado	5ª	2	Reforma da Central de Material Esterilizado (CME).	OBRA	200.000,00	Municipal
Hospital Geral de Caxias do Sul	Caxias do Sul	5ª	1	Ampliação de leitos clínicos e de UTI adulto, pediátrica e neonatal, amenizando a fila de espera dos pacientes. Capacidade atual de 237 leitos e prevista de 355 leitos, 100% SUS.	OBRA	10.000.000,00	Municipal
Hospital Geral de Caxias do Sul	Caxias do Sul	5ª	1	Ampliação de leitos clínicos e de UTI adulto, pediátrica e neonatal, amenizando a fila de espera dos pacientes. Capacidade atual de 237 leitos e prevista de 355 leitos, 100% SUS.	EQUIPAMENTO	5.000.000,00	Municipal
Hospital Beneficente São Pedro	Garibaldi	5ª	2	Ampliação do Centro Cirúrgico e dos serviços de média complexidade, adequação de espaço para ampliação de atendimento do Programa Assistir	OBRA	4.000.000,00	Municipal

Fonte: SES/RS.

7. GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

7.1 AUDITORIA

O setor de Auditoria do SUS da 5ª CRS está vinculado ao Departamento de Auditoria do SUS (DEASUS), e desempenha atividades a nível estadual, em cumprimento ao Decreto Estadual RS n.º 38.546, de 05 de junho de 1998, que instituiu e regulamentou o Sistema Estadual de Auditoria, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A demanda para realização de auditoria do SUS decorre da programação de Auditorias do DEASUS, com definição, em geral, trimestral; e de solicitações do Ministério Público Federal e Estadual, Procuradoria-Geral do Estado, Ministério da Saúde, autoridade policial (federal e estadual), Tribunal de Contas do Estado, demandas da gestão estadual do SUS e encaminhadas de outros departamentos da SES, denúncias via Ouvidoria do SUS, Coordenadoria Regional de Saúde ou encaminhadas diretamente ao DEASUS.

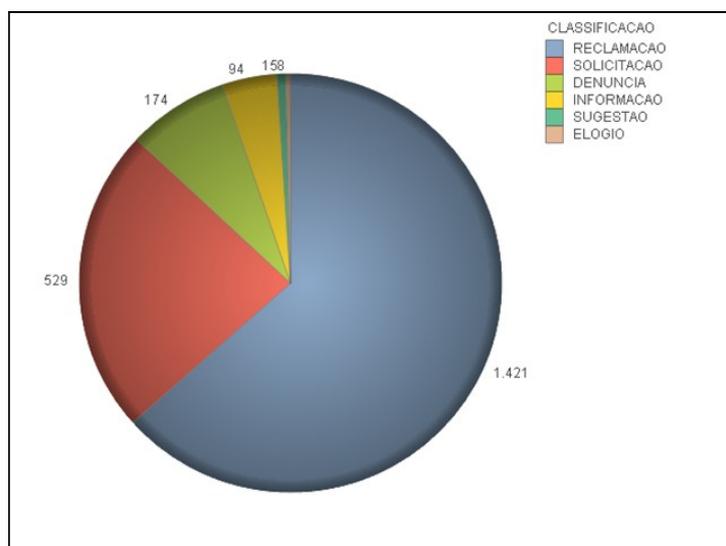
Qualquer estabelecimento de saúde, seja ele público ou privado, que receba recursos do SUS pode ser objeto de auditoria.

Considerando que os municípios da Macro Serra assinaram o Pacto de Gestão, e com isso assumiram a gestão dos prestadores de serviços de saúde situados em seu território, o DEASUS atua apenas em caráter complementar.

7.2 OUVIDORIA

Com o propósito de detalhar melhor as manifestações desta Ouvidoria, foram utilizados os dados disponíveis no BI Público, competências de 01 de janeiro 2019 à 31 de dezembro de 2021. Foram registradas 2.241 manifestações, sendo a taxa de resposta do período de 99,02%. Em relação à classificação das demandas, 63,40% são RECLAMAÇÕES, 23,60% são SOLICITAÇÕES, 7,76% são DENÚNCIAS, 4,19% são pedidos de INFORMAÇÕES, 0,66% são SUGESTÕES e 0,35% são ELOGIOS. O gráfico abaixo mostra esses números.

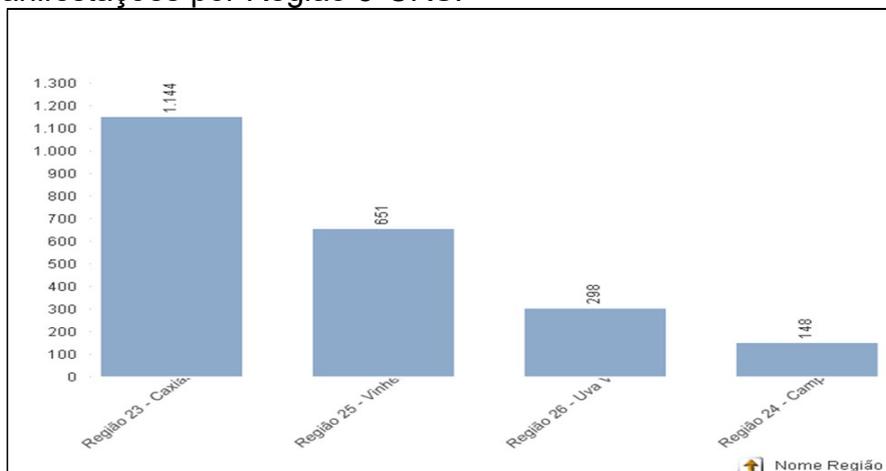
Gráfico 64. Manifestações Ouvidoria 5ª CRS, 2019-2021.



Fonte: BI, 2022.

Quantidade de manifestação por Região 23 Caxias e Hortências com 1.144 protocolos, Região 24 Campos de Cima da Serra com 148 protocolos, Região 25 Vinhedos e Basalto com 651 protocolos e Região 26 Uva e Vale com 298 protocolos.

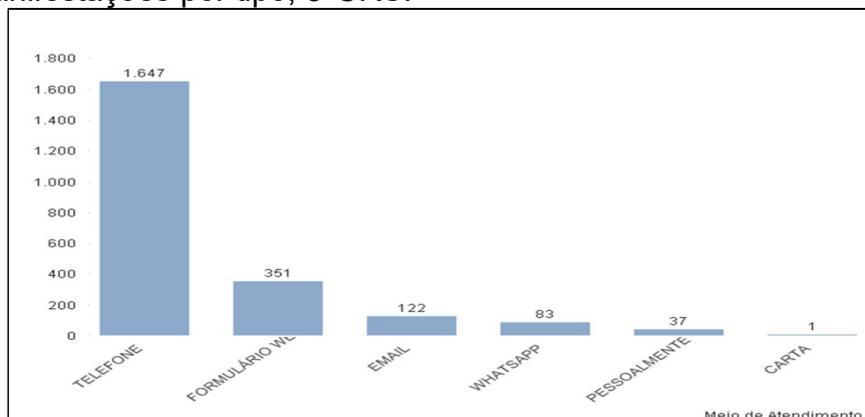
Gráfico 65. Manifestações por Região 5ªCRS.



Fonte: BI, 2022.

No que se refere aos Meios de Atendimento, 73,49% dos registros foram recebidos por TELEFONE, 15,66%, por FORMULÁRIO WEB, 5,44%, por EMAIL, 3,70% por WHATSAPP, 1,65%, PESSOALMENTE e 0,04% por CARTA, conforme pode-se observar na figura abaixo.

Gráfico 66. Manifestações por tipo, 5ªCRS.



Fonte: BI, 2022.

Quanto aos principais assuntos abordados, destacam-se ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, GESTÃO e ASSISTÊNCIA À SAÚDE, sendo que estes três assuntos juntos representam 75,01% do total dos registros. E os demais assuntos estão relacionados na tabela abaixo:

Tabela 21. Manifestações por assunto, 5ªCRS.

Manifestações por Assunto		
ASSUNTO	Absoluto	Relativo
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	1.185	52,88%
GESTÃO	269	12,00%
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	227	10,13%
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	175	7,81%
ALIMENTO	120	5,35%
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	75	3,35%
COMUNICAÇÃO	67	2,99%
PRODUTOS PARA SAÚDE/CORRELATOS	52	2,32%
SAMU	22	0,98%
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	12	0,54%
FINANCEIRO	7	0,31%
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	6	0,27%
CARTÃO SUS	6	0,27%
ORIENTAÇÕES EM SAÚDE	6	0,27%
OUIDORIA DO SUS	4	0,18%
PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	3	0,13%
TRANSPORTE	3	0,13%
ASSUNTOS NÃO PERTINENTES	1	0,04%
-	1	0,04%

Fonte: BI, 2022.

7.3 REGULAÇÃO

A regulação regional foi implantada na 5ªCRS em 2022, contando com duas servidoras, especialistas em saúde, que realizam a regulação de toda a macro.

Todos os municípios da macrosserra acessam o GERCON nas mais diversas especialidades. O GERINT está em fase de implantação.

8. NURESC

O Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) é a estrutura da regional de saúde responsável pela implementação da estratégia de descentralização da formação e qualificação dos trabalhadores do SUS em Saúde Coletiva, através da

educação permanente em saúde, junto aos Municípios, seguindo as diretrizes e princípios do SUS (Escola de Saúde Pública/SES/RS).

O NURESC/5ª CRS atua em cooperação com os Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), além de fomentar as ações de Educação Permanente em Saúde nos municípios da 5ª CRS.

Atualmente, estão ativos apenas seis NUMESC, a saber: Bento Gonçalves, Caxias do Sul, Feliz, Nova Prata, Veranópolis e Vila Flores. Aponta-se a necessidade de ampliação e fortalecimento dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva.

9. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMIs)

As Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores surgiram das necessidades abaixo elencadas, as quais foram retiradas dos diagnósticos regionais (04 Regiões de Saúde) realizados em 2019, atualizadas pelo GT-PRI Macro e aprovadas em CIR conjunta.

Esta matriz deu origem a um formulário no Google Forms, o qual foi enviado a todos os gestores municipais e técnicos da 5ªCRS, a fim de realizar a priorização de acordo com a metodologia “Análise Multicritério da Tomada de Decisão ou *Multi-criteria Decision Analysis* (MCDA)”, definido como “um conjunto de métodos de apoio à tomada de decisão em que dois ou mais critérios são considerados simultaneamente e de forma explícita.” (CAMPOLINA et al, 2017).

Segue abaixo o quadro por ordem de priorização.

Quadro 2: Ordem das prioridades, conforme Matriz de Priorização, Macrorregião de Saúde Serra.

1 - Ampliação da oferta com habilitação de prestadores e financiamento estadual e federal no âmbito da Macrosserra nas especialidades de Alta Complexidade que apresentam vazio assistencial ou demanda reprimida importante (Traumato-ortopedia, Neurologia/Neurocirurgia, Cirurgia Cardiovascular, entre outras). (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
2 - Ampliação da oferta de consultas, exames e procedimentos, com diminuição no tempo de acesso ao tratamento e fortalecimento da Rede de Atenção na especialidade de Oncologia. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
3 - Habilitação e ampliação de novos leitos de UTI, Adulto e Pediátrica, em prestadores hospitalares da Macrosserra. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
4 - Revisão do Teto MAC para reestabelecer o aporte financeiro adequado por parte do Ministério da saúde, considerando a série histórica desde a oficialização da ‘Gestão Plena’ na Macrosserra. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
5 – Implementar as referências pactuadas de Média Complexidade (Urologia, Otorrinolaringologia, Reumatologia, Cabeça e Pescoço, cirurgia vascular – varizes, Endocrinologia, Cirurgia torácica, Hematologia, Infectologia, entre outras, adequando-as à região e mais próxima ao usuário (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
6 - Ampliação da oferta e financiamento para a habilitação de prestadores no âmbito da Macrosserra de exames de Média e Alta Complexidade que apresentam vazio assistencial ou demanda reprimida importante (Endoscopia, Colonoscopia, Broncoscopia, Espirometria, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Retossigmoidoscopia, CPRE – Colangiopancreatografia Retrógrada). (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
7 - Estabelecer na Macrosserra implementação das pactuações para atendimento pediátrico em consultas, exames, atendimento de Urgência e Emergência e cirurgia de Média e Altas Complexidades, adequando-as à região e mais próxima do usuário. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
8 – Implementação às pactuações das referências aos Serviços de Urgência e Emergência em Oftalmologia, Cabeça e Pescoço, Cirurgia Torácica, Urologia, Bucomaxilo, adequando-as à região e mais

perto do usuário. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
9 - Ampliação do número de leitos na Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral – AVC. (REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)
10 - Fortalecer e qualificar a atenção à Saúde Mental, com aumento da capacidade de oferta de atendimentos e implementação de novos serviços, buscando financiamento para os mesmos. (REDE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL)
11 - Habilitar Ambulatórios de Especialidade em Cardio/ Pneumologia e/ou Pós-Covid-19, em ambiente hospitalar, conforme Programa Assistir. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
12 - Ampliação da oferta de Terapia Renal Substitutiva – Hemodiálise, no âmbito da Macrosserra, com prospecção de recursos para atendimento da demanda reprimida. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
13 - Fortalecimento e qualificação da Atenção Primária através do financiamento estadual e federal para a manutenção de equipes cadastradas, adesão a novas equipes, visando ações de prevenção e promoção em saúde. (REDE ATENÇÃO PRIMÁRIA)
14 - Busca de financiamento para viabilizar as especialidades não obrigatórias na Porta de Entrada. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
15 - Qualificar a Rede Materno-Infantil, fortalecendo o pré-natal na Atenção Primária e no Alto Risco, habilitando hospitais nos vazios assistenciais para atendimento regionalizado do parto e Habilitação de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários – UCI e UTI Neonatal. (REDE MATERNO-PATERNAL- INFANTIL)
16 - Habilitação de Leitos de Cuidados Prolongados, conforme Portaria GM/MS nº 2.395/2011. (REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)
17 - Qualificação e estruturação da gestão da Assistência Farmacêutica nos municípios e Coordenação Regional e nível central, visando manter o fornecimento adequado e regularidade no fornecimento de medicamentos e insumos do componente Especializado/Especial. (REDE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA)
18 - Implementação e estruturação da Rede de Cuidado para Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DANT's, em todos os níveis. (REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS)
19 - Estruturação e fortalecimento da Vigilância em Saúde, em todas as suas bases, Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador. (REDE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE)
20 - Padronização dos contratos firmados entre municípios e prestadores da Macrosserra, conforme Portaria GM/MS nº 3.410/2013. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
21 - Ampliar e qualificar os serviços de reabilitação Física, Auditiva, Visual, Intelectual, entre outras, na Macrosserra. (REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA)
22 - Adesão e ampliação de recursos federais e estaduais para custeio do SAMU e estabelecimento de Central Regional de Regulação. (REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)
23 - Estruturação do Laboratório Regional para ampliar a oferta de análises clínicas e entomológicos municipais. (REDE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE)
24 - Definição de estratégias para fixação e qualificação dos profissionais, principalmente médicos, em municípios menores. (REDE ATENÇÃO PRIMÁRIA)
25 - Fortalecimento do NURESC e NUMESC, para qualificação contínua de profissionais da área da saúde. (REDE ATENÇÃO À EDUCAÇÃO EM SAÚDE)

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Diretriz 1: MATERNO INFANTIL

Garantia do fluxo adequado para o atendimento ao pré-natal de Risco Habitual e Alto Risco, parto e puerpério, a fim de minimizar e enfrentar a mortalidade materna, infantil e fetal.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Qualificar e fortalecer as Equipes da APS	Meta 1. Realizar capacitação anual para todas as equipes da APS da Macrorregião de Saúde Serra para o acolhimento, seguimento dos protocolos e linha de cuidado do trinômio.	% de equipes capacitadas.
Objetivo 2. Qualificar equipes e as estruturas físicas das maternidades	Meta 2. Realizar programa de educação continuada em 100% das maternidades.	% maternidades com programa de educação continuada instituída.
	Meta 3. Monitorar 100% das maternidades quanto à execução do programa de educação em Saúde, na Instituição.	% de inspeções em maternidades.
	Meta 4. Regionalizar as maternidades que tenham estrutura conforme RDC 36/2008.	Nº de maternidades com adequação de área física, para o parto humanizado.
Objetivo 3. Implantar leitos de UCI neonatal na macroserra	Meta 5. Habilitar 15 leitos de UCI neonatal em Hospitais com UTI neonatal na Macrorregião de Saúde Serra.	Nº de leitos de UCI neonatal em Hospitais com UTI neonatal habilitados.
Objetivo 4. Implantar novas maternidades nos vazios assistenciais para habilitação do serviço.	Meta 6. Habilitar 02 novas maternidades com estrutura conforme RDC 36/2008, em vazios assistenciais.	Nº de maternidades com estrutura conforme

		RDC 36/2008, em vazios assistenciais habilitadas.
Objetivo 5. Fortalecer o atendimento das gestantes no AGAR de referência e contrarreferência pactuadas.	Meta 7. Implantar o matriciamento em 100% das equipes do AGAR com as equipes das APS.	% de municípios com ações de matriciamento realizadas pelo AGAR com equipes de APS.

Diretriz 2. URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Tem a finalidade de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna, assim como a regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Garantir o atendimento integral aos usuários na urgência e emergência.	Meta 1. Ampliar a cobertura da Central Regional de Regulação médica do SAMU mediante ampliação de recursos federais para custeio do SAMU.	Nº de municípios cobertos.
	Meta 2. Habilitar 60 Leitos de Cuidados Prolongados, conforme Portaria GM/MS nº 2.395/2011.	Nº de Leitos de Cuidados Prolongados novos habilitados.
	Meta 3. Ampliar o número de leitos de 10 para 28 na Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral – AVC.	Nº de leitos novos habilitados na Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral.

Diretriz 3. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Meta 1. Ampliar a oferta de leitos hospitalares de Saúde Mental de 265 (duzentos e sessenta e cinco) para 300 (trezentos) com prioridade para leitos infanto juvenil e gestantes.	Nº de leitos hospitalares de saúde mental implantados.
	Meta 2. Habilitar no mínimo 01 (um) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) regional para cada uma das 04 Regiões de Saúde.	Nº de CAPS Regionais habilitados em cada região de saúde.
	Meta 3. Ampliar a oferta de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), passando de 19 para 27 CAPS, habilitando no mínimo 08 (oito) novos CAPS = 01 Regional; 01 Álcool e Drogas; 05 Tipo I; 01 Infantil.	Nº de CAPS implantados.
	Meta 4. Ampliar a oferta de eMAESM (Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental), passando de 02 para 15, habilitando no mínimo 13 (treze) novas equipes = 09 Tipo I; 01 Tipo II; 03 Tipo III.	Nº de eMAESM implantadas.
	Meta 5. Ampliar a oferta de SRT (Serviço Residencial Terapêutico), passando de 05 para 07, habilitando no mínimo 02 (dois) novos SRT = 01 Tipo I; 01 Tipo II.	Nº de SRT implantados.
	Meta 6. Habilitar 05 (cinco) AT (Acompanhante Terapêutico), sendo que no momento não há nenhum.	Nº de AT implantados.
	Meta 7. Ampliar a oferta de RD (Composição de Redução de Danos), passando de 2 para 6, habilitando no mínimo 04 (quatro) novos RD.	Nº de RD implantadas.
	Meta 8. Ampliar a oferta de NAAB (Núcleo de Apoio à Atenção Básica), passando de 11 para 23, habilitando no mínimo 12 (doze) novos NAAB.	Nº de NAAB implantados.
	Meta 9. Ampliar a oferta de OT (Oficina Terapêutica), passando de 31 para 58, habilitando no mínimo 27 (vinte e sete) novas OT = 13 Tipo I; 14 Tipo II.	Nº de OT implantadas.

Diretriz 4. PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Garantir o atendimento integral na Rede da Pessoa com Deficiência.	Meta 1. Habilitar no mínimo dois Centros Especializados em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual na Macrosserra.	Nº de serviços novos habilitados na área de reabilitação Física, Auditiva e Intelectual.

Diretriz 5. ATENÇÃO ÀS DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS

Estruturação dos Serviços e Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1: Garantir o acesso à Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas.	Meta 1. Implementar e estruturar a Rede de Cuidado para Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DANT's na 5ªCRS.	Rede de cuidado implantada na Macrorregião.

Diretriz 6. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E LABORATÓRIO

Acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e laboratorial aos usuários do SUS no âmbito da Macrorregião de Saúde Serra.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Qualificar e estruturar a Assistência farmacêutica na Macrosserra.	Meta 1. Elaborar a Política Municipal de Assistência Farmacêutica (PMAF) em 50% dos municípios maiores de 30.000 habitantes.	Nº de municípios que construíram a PMAF.
	Meta 2. Garantir em 100% dos municípios, um profissional farmacêutico responsável pela Assistência Farmacêutica.	% de municípios com no mínimo um farmacêutico atuando na Assistência Farmacêutica.

	Meta 3. Implementar o cuidado farmacêutico em 100% dos municípios acima de 30.000 habitantes tendo como base o Programa Farmácia Cuidar +.	% de municípios com mais de 30.000 habitantes com o cuidado farmacêutico implantado.
Objetivo 2: Ampliar a estrutura física da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) dos medicamentos especializados / especiais /estratégicos da 5ªCRS.	Meta 4. Ampliar o espaço físico da CAF da 5ª CRS.	Espaço físico da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) ampliado.
	Meta 5. Distribuir a remessa mensal aos municípios em até 14 dias após o recebimento da remessa da Divisão de Abastecimento Farmacêutico (DAF).	Nº de dias até a distribuição do medicamento/insumo farmacêutico para os municípios.
	Meta 6. Fornecer 100% dos itens do componente de Medicamentos Especiais e Especializados aos municípios.	% de itens distribuídos.
	Meta 7. Ampliar de 03 para 07 almoxarifates para a separação dos pedidos de medicamentos na 5ªCRS.	Nº de almoxarifates contratados.
	Meta 8. Inserir um nutricionista na AF da 5ªCRS.	Nº de nutricionista da AF.

Diretriz 7: ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ampliação das equipes de APS objetivando o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde como principal porta de entrada do SUS, completando-se na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Fortalecer o processo de trabalho multiprofissional e intersetorial, melhorando a resolutividade das necessidades agudas e crônicas nos diferentes ciclos vitais.	Meta 1. Ampliar em no mínimo 10% o número atual de 1.449 profissionais em Postos de Saúde/UBS, em especial, profissionais de nível superior que não componham	% de profissionais de nível superior em Postos de Saúde/UBS na

	obrigatoriamente as equipes mínimas das eSFs e eAPs.	Macrosserra através de relatório no Datasus.
	Meta 2. Ampliar em 25% a cada ano a utilização de Teleconsultas ao Telessaúde/RS como apoio diagnóstico e ajuda na tomada de decisão clínica pela APS, aumentando a resolutividade e fortalecendo os atributos da APS.	Taxa de tele consultas por 1.000 habitantes/a no da Macrosserra
Objetivo 2. Ampliar o acesso à APS.	Meta 3. Aumentar de 04 para no mínimo 12 UBSs com horário estendido, entre aquelas que se enquadram nas regras do Programa Saúde na Hora.	Nº de UBSs implantadas ao Programa Saúde na Hora.
	Meta 4. Instituir protocolos de enfermagem em 50% dos municípios que ainda não possuem, visando abordar condutas e orientações técnicas para a prática de enfermagem na APS, ampliando o acesso da população.	Nº de municípios com protocolo de enfermagem instituído.
	Meta 5. Ampliar gradativamente em, no mínimo, 28 Equipes de Saúde Bucal (eSB).	Nº de eSB implantadas na Macrosserra através de relatório do Datasus.
	Meta 6. Ampliar em 10% a cobertura de APS na Macrorregião de Saúde Serra.	% de cobertura de APS.

Diretriz 8: EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Reestruturação dos serviços, a partir da análise dos determinantes sociais e econômicos, mas sobretudo de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Qualificar os	Meta 1. Capacitar 100% dos profissionais	% de

profissionais para atendimento às demandas dos usuários e do território de atuação.	anualmente.	profissionais com cursos de, no mínimo, 40 horas.
Objetivo 2. Promover educação em saúde para a população, de forma que se qualifique o autocuidado para as doenças crônicas mais prevalentes na população.	Meta 2. Realizar anualmente ações de Educação em Saúde para 100% das equipes das eSFs e eAPs.	% de eSFS que realizam atividades coletivas de Promoção e Educação em Saúde.

Diretriz 9: VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Execução das ações de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e Saúde do Trabalhador, estabelecimento de prioridades para a alocação de recursos e orientação programática.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Incentivar e apoiar a adesão dos municípios às ações estratégicas de fiscalização pelas vigilâncias sanitárias.	Meta 1. Adesão de 10% dos municípios a pelo menos uma das ações estratégicas conforme resolução CIB 250/2007.	Nº de municípios que assumiram as ações estratégicas.
	Meta 2. Realizar no mínimo uma capacitação anual em vigilância sanitária por área prioritária, conforme cronograma pré-estabelecido.	Nº de capacitações realizadas anualmente.
	Meta 3. Implementar em 100% dos municípios no mínimo 01 fiscal sanitário efetivo.	Nº de municípios com no mínimo um fiscal sanitário efetivo.
Objetivo 2. Fortalecer o CEREST e as VISATs como as principais ferramentas de Vigilância em Saúde do Trabalhador.	Meta 4. Ampliar espaço físico ao CEREST para que o serviço possa executar de maneira completa suas atribuições (apoio às VISAT municipais, Notificação de Agravos, atendimento especializado e Vigilância Especializada em Ambientes de Trabalho).	% de espaço físico ampliado.
	Meta 5. Capacitar 100% das Vigilâncias em Saúde do Trabalhador municipais nos sistemas de notificação e investigação.	% municípios com servidores capacitados

		e com acesso ao SINAN e ao SIST.
Objetivo 3. Garantir o acesso a água potável à população.	Meta 6. Implantar tratamento em 78% das SACs e gradativamente chegar a 100%.	% de SACs tratadas.
	Meta 7. Reduzir a 2% a presença de <i>E. coli</i> nas análises de amostras de água das SACs.	% de <i>E. coli</i> nas análises de amostras de água das SACs.
Objetivo 4. Qualificação das ações de Vigilância Ambiental no combate às arboviroses.	Meta 8. Elaborar Plano de Contingência de Arbovírozes em 100% dos municípios.	% de municípios com Plano de Contingência elaborado.
	Meta 9. Implantar laboratório de entomologia em 20% dos municípios infestados, anualmente.	% de municípios com laboratório de entomologia implantado.
	Meta 10. Capacitar 100% dos municípios com agentes de endemias.	% de municípios capacitados.
Objetivo 5. Ampliação de análises realizadas no Laboratório Regional.	Meta 11. Implantar a realização de Teste Elisa IgM para dengue no Laboratório Regional.	Nº de Teste Elisa IgM para dengue realizados no Laboratório Regional.
Objetivo 6. Garantia da qualidade nas ações da Vigilância Epidemiológica.	Meta 12. Capacitar 100% dos municípios nos novos Sistemas de Informação da Vigilância Epidemiológica.	% de municípios capacitados nos Sistemas de Informação da Vigilância Epidemiológica.
	Meta 13. Realizar no mínimo uma atualização/capacitação/aperfeiçoamento anual de Sistemas de Informação já existentes.	Nº de atualizações realizadas anualmente.
Objetivo 7. Qualificação de profissionais de Sala de Vacinas	Meta 14. Realizar curso anual de formação de 86 horas para profissionais de Sala de Vacinas.	Nº de cursos de formação realizados

		para profissionais de Sala de Vacinas.
	Meta 15. Capacitar 25% dos municípios (salas de vacina).	% de municípios capacitados.
	Meta 16. Capacitar ao menos um profissional de sala de vacinas apta para aplicação de BCG.	Nº salas de vacinas com profissional capacitado para a aplicação de BCG.

Diretriz 10: ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR

Integralidade da assistência à saúde com início e fim na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores Regionais/Bipartite.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Garantir o acesso integral à Rede de Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar.	Meta 1. Habilitar ao menos um serviço novo de cada especialidade em Alta Complexidade: Traumatologia-ortopedia, Neurologia/Cirurgia Neurológica, Cirurgia Cardiovascular, Oftalmologia e Oncologia.	Nº de serviços novos habilitados.
	Meta 2. Ampliar a oferta de consultas, exames e procedimentos em Oncologia em 30% em relação ao praticado na Macrosserra no ano base de 2019 nos serviços habilitados.	% de aumento anual de consultas, exames e procedimentos em oncologia em relação ao ano anterior.
	Meta 3. Habilitar 31 novos leitos de UTI Adulto na Macrosserra, aumentando a oferta de 89 leitos para o parâmetro de 120 e pediátricos de 14 para 24 leitos.	Nº de novos leitos de UTI Adulto e Pediátricos habilitados.
	Meta 4. Revisar o Teto MAC dos 49 municípios da Macrosserra, visando ampliação de recursos.	Nº de municípios com teto

		MAC revisado.
	Meta 5. Manutenção e implementação das referências conforme CIB 50/2022 para as especialidades na Média Complexidade (Cardiologia, Urologia, Otorrinolaringologia, Reumatologia, Cabeça e Pescoço, Cirurgia Vascul ar – varizes, Endocrinologia, Cirurgia torácica, Hematologia, Infectologia, Proctologia entre outras), adequando à região da serra e mais próxima ao usuário.	Nº de novos serviços de referência para as especialidades na Média Complexidade.
	Meta 6. Ampliar a habilitação, financiamento e oferta regular de exames de Média e Alta Complexidade que apresentam vazio assistencial ou demanda reprimida importante dentro das Linhas de Cuidado, em 30% acima dos níveis praticados em 2019 no âmbito da Macrosserra (Endoscopia, Colonoscopia, Broncoscopia, Espirometria, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Retossigmoidoscopia, CPRE – Colangiopancreatografia Retrógrada e Ecocardiografia, EcoDoppler outros).	% de exames de Média e Alta Complexidade ofertados.
	Meta 7. Estabelecer na Macrosserra ao menos duas referências para Cirurgia Geral pediátrica de Média e Altas Complexidades, eletivo e de urgência, contemplando consultas e exames.	Nº de referências habilitadas em atendimento pediátrico.
	Meta 8. Habilitar no mínimo um Serviço de Urgência e Emergência dentro da Macrosserra nas especialidades de Oftalmologia, Urologia e Bucomaxilofacial.	Nº de novos serviços habilitados.
	Meta 9. Habilitar no mínimo um Ambulatório de Especialidade em Pneumologia, em ambiente hospitalar, conforme Programa Assistir.	Nº de novos serviços habilitados.
	Meta 10. Ampliar anualmente em 10% a oferta de vagas em Terapia Renal Substitutiva – Hemodiálise, partindo do número atual de 433 vagas.	% de vagas novas ofertadas.
	Meta 11. Padronizar os contratos firmados entre municípios e os 22 prestadores hospitalares da Macrosserra, conforme Portaria GM/MS nº 3.410/2013.	Nº de contratos padronizados.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração que, o planejamento no Sistema Único de Saúde é uma função gestora que além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS, expressando as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica.

Sendo assim, a tarefa de planejar exige conhecimento técnico que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho.

O caráter integrado das atividades de planejamento no SUS valoriza a autonomia dos entes federados, uma vez que todo o processo deve ser conduzido de maneira ascendente, desde os Municípios até a União.

Partindo destes princípios, o maior desafio dos gestores municipais e estaduais é cumprir com a agenda deste macroprocesso e executá-la de forma integrada aos demais entes federados que compõem a região ou macrorregião de saúde.

Portanto, apesar do atraso no desenvolvimento do processo de Planejamento Regional Integrado por esta macrorregião, incluindo o tempo reduzido em relação as outras macrorregiões, mesmo assim o aproveitamento na elaboração e produção deste documento foi de grande valia para os profissionais envolvidos ativamente no mesmo.

Sugere-se que a partir deste aprendizado, os servidores públicos das regionais de saúde, tenham mais acesso aos processos de Educação Permanente e Continuada, a fim de aperfeiçoar os conhecimentos técnico-científicos necessários para o desenvolvimento de projetos, planos, documentos, enfim, tudo o que se faz necessário para que o Planejamento Regional Integrado seja construído e colocado em prática de acordo com os princípios do SUS.

Sobre a participação dos gestores municipais na análise e construção deste documento, é importante salientar que, quando convocados, sempre estiveram disponíveis para realizar as discussões propostas.

Ainda, quanto ao dimensionamento de pessoal na 5ª CRS, apesar da implantação da Regulação Regional, não houve incremento importante no número de servidores.

Concluindo, o Planejamento Regional Integrado, veio para fortalecer as relações nas diversas instâncias de gestão e governança, oportunizando a identificação da necessidade de rever as estruturas de gestão e patrimônio intelectual das regionais.

11. REFERÊNCIAS

RIO GRANDE DO SUL (RS). Secretaria da Saúde. **Painel BI**. Disponível em <<https://bi.saude.rs.gov.br/qlikview/FormLogin.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

RIO GRANDE DO SUL (RS). Secretaria da Saúde. **Sistema AME – Administração de Medicamentos Especiais**. Disponível em <<https://secweb.procergs.com.br/ame/ame/Interface/Html/Logon.jsp>>. Acesso em: 3 mar. 2022.

Resolução CIB 30 de 2004.
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170243/23104332-1340912627-cibr030-04.pdf>. Acesso em 05/10/2022.

Resolução CIB 250 de 2007.
<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201903/29081545-cib-rs-250-2007.pdf>. Acesso em 05/10/2022.

12. IMAGENS DA MACROSSERA





**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
5ª COORDENADORIA REGIONAL DA SAÚDE**

ATA Nº 10/2022 – CIR CONJUNTA MACRO-SERRA (08/12/2022)

Aos oito dias do mês de dezembro de 2022, às 9h40min, no Centro Municipal de Saúde de Gramado, reuniram-se os membros da CIR Conjunta da Macro-Serra em encontro ordinário para tratar da pauta seguinte: **inclusão de pauta:**

Habilitação UTI: gestora de Caxias do Sul informa a conclusão do processo de habilitação de 10 novos leitos de UTI no Hospital Geral, a serem instalados no prédio anexo em obras na fase final, bem como habilitação de novos leitos no Hospital Virvi Ramos, que atende somente municípios de Caxias do Sul, mas que agora liberará leitos nos hospitais de referência para os demais municípios.

Regulação SAMU: gestora de Caxias do Sul lembra os gestores que a regulação da Central de Regulação do município foi habilitada para o mínimo de 700 mil habitantes, sendo que propõe ampliar gradativamente a cobertura da Central, iniciando pelos municípios de Farroupilha, Flores da Cunha, Bom Jesus, São Marcos, em 2023 e, em 2024, para os municípios de Canela, Gramado e Nova Petrópolis, ou após a implantação dos municípios iniciais, se tudo ocorrer a contento. Equipe técnica da 5ª CRS informa que a inclusão do município de Bom Jesus significa que a Região de Saúde 24 inteira estaria incluída e que a absorção de Nova Petrópolis, Canela e Gramado significa a Região de Saúde 23 inteira. Gestor de Carlos Barbosa questiona o critério de escolha dos municípios citados. Gestora de Caxias do Sul informa que o critério inicial foi o limite geográfico com o município sede da Central de Regulação, informando ainda que será necessário ampliar a equipe e espaço físico para o seguimento das atividades da Central, o que já está previsto no plano de governo do município de Caxias do Sul. Gestor de Gramado informa que foi realizada simulação de acidente no município e solicita intervenção na Central do Estado, para sensibilizar e flexibilizar a regulação dos municípios de Gramado e Canela, sugerindo a união dos serviços de ambulância do SAMU e Bombeiros Voluntários, ressaltando que a credibilidade do serviço do SAMU seguirá declinando, se não houver reformulação do serviço. Gestora de Caxias do Sul informa que a Central do município já regula o SAMU e os Bombeiros Voluntários, sendo que em alguns municípios as ambulâncias dos seus entes ficam na mesma central. Equipe técnica da 5ª CRS lembra o processo histórico da habilitação da Central de Regulação de Caxias do Sul, sendo esta qualificada para atender de 700 mil a 1,5 milhão de habitantes, ressaltando que há necessidade de definir cronograma para atender a totalidade da população

da Macro-Serra, considerando que a Resolução CIB nº 473/2010 já define desta forma. Gestora de Monte Belo do Sul questiona se é possível considerar a adição dos municípios menores antes. Equipe técnica da SMS de Gramado, por sua vez, solicita a consideração de incluir o município na primeira leva de inclusões à regulação. Equipe técnica da 5ª CRS lembra que, anteriormente, não houve entendimento entre as Administrações dos municípios de Flores da Cunha e Nova Pádua, para aumentar a cobertura da Macro-Serra com a Central de Flores da Cunha e as posições podem se revisadas. Gestor de Nova Petrópolis sugere presença de equipe do nível central para discutir essa questão, considerando que a realidade é mais complexa que as demandas oficiais, pois o atendimento dos Bombeiros Voluntários é mais ágil e faz parecer que as bases do SAMU são inoperantes. Gestores presentes manifestam acordo com o cronograma apresentado. **Inclusão de pauta: oncologia:** Delegada da 5ª CRS informa reunião com o nível central onde foi definido ações de contingência para a falta de equipe de cirurgia oncológica no Hospital Geral. Devido ao número de casos de cânceres de pele, indica-se a utilização do TeleSaúde – DermatoNet, bem como o Ambulatório de Especialidade recentemente habilitado no município de Paraí. Cogitou-se a transferência temporária de teto MAC para outra habilitação, notadamente Bento Gonçalves. Gestora do município de Caxias informa que oficiou, novamente, o Hospital Geral sobre a reposição da equipe de cirurgia oncológica, ainda aguardando retorno. **Inclusão de pauta: Hemodiálise:** Delegada da 5ª CRS informa a necessidade de levantamento da demanda reprimida para diálise nos municípios, solicitando aos gestores a resposta de email enviado, pois o Hospital Geral está ofertando o 3º turno para a saúde suplementar e entende-se que não há capacidade excedente para tal. **Planejamento Regional Integrado – PRI:** equipe técnica da 5ª CRS projeta a versão final do Plano Macrorregional de Saúde da Macro-Serra, fazendo breve histórico do processo e os próximos passos, informando que o Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção a Saúde – CEGRAS será formalizado no próximo ano, a partir da publicação de Resolução CIB. A ciência é, então, dada aos gestores nesta CIR, sendo que o documento foi encaminhado aos gestores, para avaliação. **GERCON – Fluxos:** equipe técnica da 5ª CRS informa que o sistema não foi implantado no município de Caxias do Sul, em gestão plena, sendo que os encaminhamentos a esta referência devem ser cadastrados no sistema próprio do município, com emissão da Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento – DITA, com a devida descrição dos casos, para geração de novo cadastro no sistema de Caxias. Equipe técnica da 5ª CRS reforça que as DITAS precisam estar preenchidas com todas as informações pertinentes, pois sem as mesmas não é possível fazer a regulação dos pacientes, solicitando que os gestores orientem os prestadores sobre esta importância. Gestora de Flores da Cunha levanta a questão do transporte para referências distantes, notadamente à Dermatologia em Paraí, pois não é possível organizar grupos de pacientes, o que torna inviável financeiramente as

viagens individuais. Equipe técnica da 5ª CRS informa que alguns casos sendo encaminhados a Parai poderiam ser resolvidos dentro da Atenção Primária, solicitando aos gestores triagem dos pacientes e orientação aos médicos no sentido de preencher os encaminhamentos com informações pertinentes e completas. Equipe técnica da 5ª CRS solicita ainda cadastrar a Traumatologia dentro das subespecialidades, em vez da genérica "ortopedia adulto", para agilizar a regulação, informando que as especialidades sem referência serão pendenciadas, sendo que as definições da Resolução CIB nº 050/2022 e atualizações foram definidas pelo nível central com base na produção apresentada pelos prestadores hospitalares. Gestora de Gramado exemplifica que as produções utilizadas são de casos isolados e acabaram por definir referência para toda a especialidade. Equipe técnica da 5ª CRS ressalta que será necessário definir referências dentro da Macro-Serra. A especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço conta com profissional em Vacaria, sendo raro de encontrar, ao que se sugere fazer uma compensação com outras especialidades para Vacaria, considerando que a especialidade não mais será acessada em Porto Alegre. Os quantitativos serão definidos a partir do aceite dos gestores. Equipe técnica da 5ª CRS solicita o encaminhamento da demanda dos municípios para a especialidade. Equipe da 5ª CRS relata ainda a baixa oferta de consultas para cirurgias ginecológicas, com cadastros sendo direcionados a cirurgia geral, que tem uma fila de espera muito grande. **CIB 050/2022 – atualizações:** equipe técnica lembra que o Departamento de Regulação Estadual – DRE se guia pela Resolução CIB nº 050/2022, sendo que o que consta nesta Deliberação não repercute exatamente a realidade da Macro-Serra, sendo solicitado ao nível central seguir as definições da CIR 010/2022, elaborada após ampla discussão no âmbito da Macro-Serra equipe técnica da 5ª CRS aponta o esgotamento das possibilidades técnicas de negociação para com o nível central, sendo necessário envolvimento de outras entidades, como o COSEMS ou a tentativa de reunião com a Secretária de Estado da Saúde, com a possibilidade de elaboração de documento desta Macro-Serra solicitando o seguimento das definições da Deliberação supracitada. Delegada da 5ª CRS sugere que na próxima reunião do COSEMS seja solicitado para a entidade fazer o movimento neste sentido. Será elaborada moção para que o nível central siga o determinado na Deliberação CIR 010/2022 da Macro-Serra, sendo que o assunto será da mesma forma abordado na reunião com o COSEMS. Gestora de Garibaldi ressalta que as referências definidas na Resolução CIB nº 050/2022 trata de atendimentos eletivos, sendo que seguem as tentativas de encaminhamento de atendimentos de urgência. A moção será elaborada pela 5ª CRS e assinada pelos quatro vice-presidentes. **Qualificação de Leitos de UTI – Hospital São Pedro:** gestora de Garibaldi comunica a solicitação de qualificação de 80% dos 6 leitos de UTI habilitados no Hospital São Pedro. Equipe informa que será necessário alterar o Plano de Ação Regional – PAR e aguardar a finalização dos trâmites de habilitação como UTI Adulto Tipo II. Deliberação aprovada por consenso.



Traumatologia Congênita – referência em Canoas: equipe técnica esclarece que o município de Canoas tem a Gestão Plena da saúde e é necessário cadastro no sistema próprio do município para os encaminhamentos, não bastando envio de e-mails à 5ª CRS ou cadastro no GERCON. Nos últimos meses, identificou-se diminuição drástica na oferta de consultas por parte do Hospital Universitário – HU para a Macro-Serra, sendo que estão sendo elaboradas ações junto à 1ª CRS para elucidar a questão junto ao HU. O e-mail para a solicitação de login ao sistema próprio de Canoas é marcacoesmunicipios@gmail.com. Para solicitar consultas de retorno, o e-mail é agendamentosnir@hucanoas.com.

Inclusão de pauta: Litotripsia: equipe técnica da 5ª CRS informa que o prestador de Erechim definiu que não atenderá o procedimento até ter o Ambulatório de Especialidade habilitado, nos termos do Programa Assistir, sendo que o município de referência definido na Resolução CIB nº 050/2022 é Porto Alegre.

Programa Assistir – Ambulatórios de Especialidade: equipe técnica da 5ª CRS levanta a necessidade de padronização no funcionamento dos Ambulatórios de Especialidades, sugerindo que, com o incentivo financeiro estadual, sejam garantidas as consultas e exames, sendo cofinanciados apenas os procedimentos cirúrgicos, pois, no âmbito da Macro-Serra, os Ambulatórios estão funcionando com lógicas diferentes, dependendo de cada município e prestador. Equipe técnica da 5ª CRS ressalta que alguns prestadores têm o entendimento de que o incentivo seja para cobrir serviços já executados e não para incremento de serviço.

Retaguarda Média Complexidade Traumatologia – Regiões 25 e 26: equipe técnica da 5ª CRS dá a ciência que foi definido pelas Regiões de Saúde envolvidas separar a Deliberação aprovada anteriormente, que definia retaguarda da Média Complexidade em Traumatologia em Farroupilha e o repasse do recurso remanescente no FMS de Bento, que soma cerca de 1,5 milhão de reais. Gestora de Bento Gonçalves informa atendimento de quatro pacientes remanescentes, quando foi utilizado parte do recurso. Os valores foram divididos para os municípios da Região 25 por critério *per capita* e serão acessados conforme tabela de valores estabelecida pelo Hospital São Carlos de Farroupilha. Equipe técnica da 5ª CRS ressalta que a definição para referência no Hospital São Carlos ocorreu após comparação das tabelas de Veranópolis, Garibaldi e Farroupilha e que, após, houve aumento posterior pelo prestador de Farroupilha, o que demandará nova avaliação dos gestores.

Inclusão de pauta: Equipe Saúde Bucal: gestor de Nova Petrópolis solicita revisão da habilitação de equipe de Saúde Bucal, explicando que esta havia sido habilitada mas posteriormente desabilitada pelo Ministério da Saúde. Deliberação aprovada por consenso.

Assuntos Gerais: Delegada da 5ª CRS solicita aos gestores se entendem pertinente a realização de novas reuniões de CIR apenas em março de 2023, pois não é ainda sabido se haverá trocas na Secretaria Estadual de Saúde e Coordenadores Regionais. Gestores presentes entendem que, se não houver trocas importantes, a reunião da CIR conjunta seja realizada ainda em fevereiro. Neste caso, fica



definido que esta ocorrerá no dia 16/02, no município de Nova Pádua. **Rede Bem Cuidar – Fechamento 2º Ciclo:** equipe técnica da 5ª CRS informa que as equipes precisam preencher a autoavaliação até o final do mês, sendo que no dia 09/12 ocorrerá orientação online sobre o sisRBC, sistema onde deverão constar os comprovantes das ações obrigatórias previstas. **Sistema Testes Rápidos (Sífilis, HIV, Hepatites) - fechamento mensal:** equipe técnica da 5ª CRS Informar aos gestores a necessidade de realizar o fechamento mensal no SisLogLab, sistema de testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites), sendo que alguns municípios não estão respeitando a data para inserção, 1º dia útil do mês e outros estão há alguns meses sem digitar. Sem mais a constar, a reunião é encerrada às 12h20min e eu, Thiago Kuse, lavro esta ata que segue acompanhada da lista de presença.

