



PREFEITURA MUNICIPAL DE MINAS DO LEÃO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



# **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022 – 2025**

**MINAS DO LEÃO - 2022**

# AUTORIDADES MUNICIPAIS

**Prefeita Municipal: Silvia Maria Lasek Nunes**

**Vice-Prefeito: Vilmar dos Santos Oliveira**

**Secretário de Administração: Rafael Faleiro**

**Secretária de Finanças: Fabiane Pereira e Silva**

**Secretário de Obras e Serviços Públicos: Antônio Carlos Borges Siqueira (Cabinho)**

**Secretária de Educação e Cultura: Cristiane Schwantes**

**Secretário de Saúde: Paulo Cesar Wisniewski Nunes**

**Secretário de Agricultura e Meio Ambiente: Andre Kern**

**Secretária de Trabalho, Cidadania e Assistência Social: Kellen Ambos**

**Secretário de Planejamento e Assuntos Jurídicos: Antonio Carlos Krigger**

## Identificação

### Informações Territoriais

<b>UF</b>	RS
<b>Município</b>	MINAS DO LEÃO
<b>Região de Saúde</b>	Região 09 - Carbonífera/Costa Doce
<b>Área</b>	424,01 Km <sup>2</sup>
<b>População</b>	8.130 Habitantes
<b>Densidade Populacional</b>	20 Hab/Km <sup>2</sup>

Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS) Data da consulta: 19/03/2021

### Secretaria de Saúde

<b>Nome do órgão</b>	Secretaria Municipal de Saúde de Minas do Leão
<b>Número CNES</b>	6531806
<b>CNPJ Mantenedora</b>	91.900.381/0001-10
<b>Endereço</b>	Avenida Alberto Pasqualini, 1478 - fundos
<b>Email</b>	saude@minasdoleao.rs.gov.br
<b>Telefone</b>	51 36941193

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) Data da consulta: 19/03/2021

## Informações da Gestão

<b>Prefeita</b>	Silvia Maria Lasek Nunes
<b>Secretário de Saúde</b>	Paulo Cesar Wisniewski Nunes
<b>E-mail secretário</b>	saude@minasdoleao.rs.gov.br
<b>Telefone secretário</b>	51 999984514

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) Data da consulta: 19/03/2021

## Fundo de Saúde

<b>Instrumento de criação</b>	Lei
<b>Data de criação</b>	03/1994
<b>CNPJ</b>	12.069.823/0001-52
<b>Natureza Jurídica</b>	Fundo Público da Administração Direta Municipal
<b>Nome do Gestor do Fundo</b>	Paulo Cesar Wisniewski Nunes

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) Data da consulta: 19/03/2021

## Mapa Limítrofe



# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	5
INTRODUÇÃO.....	6
ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO GAÚCHO.....	7
<b>CAPÍTULO 1 – ANÁLISE SITUACIONAL.....</b>	<b>9</b>
1.PANORAMA DEMOGRÁFICO E CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO .....	9
2.DETERMINANTES E CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA .....	14
2.1 CONDIÇÕES ECONÔMICAS, SOCIAIS, AMBIENTAIS,DE HABITAÇÃO E DE TRABALHO.....	14
2.2 COMPORTAMENTO E ESTILOS DE VIDA .....	22
2.3 VIOLÊNCIAS .....	23
3.CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS .....	23
4.REDES DE ATENÇÃO E PROCESSOS DE GOVERNANÇA.....	29
4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	29
4.2 SAÚDE BUCAL.....	37
4.3 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	38
4.4 ATENÇÃO MATERNO-PATERNAL.....	41
4.5 ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	43
4.6 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS .....	44
4.7 ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR.....	49
4.8 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	49
4.9 ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....	50
4.10 ESTABELECIMENTOS ESTADUAIS PRÓPRIOS .....	51
4.11 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	52
4.12 VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	53
4.13 REGULAÇÃO DO ACESSO .....	55
4.14 LEITOS DE INTERNAÇÃO CLÍNICO, CIRÚRGICO E UTI .....	57
4.15 HEMORREDE ESTADUAL .....	57
5. MACROPROCESSOS DE GOVERNANÇA DA GESTÃO ESTADUAL DO SUS .....	57
5.1 INSTÂNCIAS DE PACTUAÇÃO INTERGESTORES.....	58
5.2 PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO .....	58
5.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL .....	59
5.4 IMPLANTAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	59
5.5 AUDITORIA.....	60
5.6 EDUCAÇÃO, CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE.....	60
5.7 GESTÃO DO TRABALHO.....	60
5.8 FINANCIAMENTO .....	62
5.9 JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE.....	63
6.NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2) E A COVID 19 .....	64
6.1 AÇÕES DO RS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID 19.....	67
<b>CAPÍTULO 2 – DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....</b>	<b>70</b>
.....	.....

# APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde apresentam o Plano Municipal de Saúde de Minas do Leão. O PMS é uma ferramenta estratégica de gestão que conduzirá todas as ações de saúde pública do município entre os anos de 2022 e 2025 dando as diretrizes através de metas e indicadores estabelecidos no mesmo. Certamente, isso qualifica a atuação dos gestores e técnicos dos serviços em saúde pública. Trata-se de uma política obrigatória em todo nosso país que visa “preparar o terreno” para que os serviços funcionem de forma adequada.

Esperamos que este Plano Municipal de Saúde, bem aplicado, desempenhe sua função ao ser consultado e a medida do possível que seja inclusive superado com outras ações de gestão.

Paulo Cesar Wisniewski Nunes

Secretário Municipal de Saúde

# INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2022-2025, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período, com base nas necessidades de saúde da população.

O principal objetivo é a qualificação permanente do Sistema Único de Saúde, a partir de análises da situação em nosso território, definição de metas a serem alcançadas e monitoração.

As metas foram elaboradas possibilitando a integração dos setores que compõe a SMS, em consonância com a situação atual de saúde do Município, possibilitando um alinhamento entre as ações da Secretaria da Saúde, do Plano de Governo e sua execução orçamentária.

O Plano Municipal de Saúde contempla ações de qualificação da atenção básica com vistas a garantir o acesso universal, resolutividade e atendimento humanizado.

A diretriz que vai orientar a atenção básica no município nos próximos 4 anos é: Fortalecer o SUS considerando a saúde de forma ampla, com universalidade, equidade, integralidade, financiamento solidário e participação social de forma descentralizada e regionalizada, visando promover a qualidade de vida da sociedade.

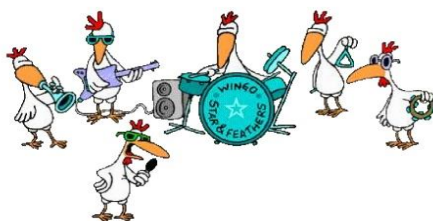
Compreendemos a importância do trabalho municipal na abrangência tripartite e atender ao princípio de planejamento ascendente. As necessidades e prioridades municipais foram apontadas no relatório final da 7ª conferência Municipal de saúde realizada em 2019 e também, na sequência, devido a pandemia, realizamos apenas pequenas reuniões com agentes de saúde, que trouxeram as propostas da população, que junto foram utilizadas para embasar as metas do PMS 2022-2025.

O texto base é do PES 2020-2023, que esse ano está com uma estrutura muito boa. Inicia os tópicos sempre com o pilar legislativo e se fez muito bem distribuído em seus títulos. Não usaremos, portanto, a fonte da informação em suas páginas, somente em gráficos que tem variadas referências. Como nosso plano é pequeno e simples, usamos 2 capítulos, devido a termos incluído a avaliação do PMS anterior no contexto do atual. Usamos também somente título e subtítulo, colocando palavras-chaves em negrito e maiúsculo dentro do texto. Citamos e marcamos páginas do texto do PES, ricos em informações que poderão ser de grande proveito para pesquisas e trabalhos municipais.

Os trabalhadores de cada área apresentaram suas contribuições, ocasionando produtivas inclusões, gerando o produto aqui apresentado e traduz o compromisso do Governo Municipal com a saúde do seu povo, buscando garantir acesso com qualidade em todos os níveis de atenção de forma humanizada, segundo as necessidades sociais e em conformidade com os princípios do SUS.

*Com organização e tempo, acha-se  
o segredo de fazer tudo e bem feito.  
Pitágoras*

## O TRABALHO EM EQUIPE



# ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO GAÚCHO

O Rio Grande do Sul está dividido em trinta Regiões de Saúde que estão distribuídas nas 19 Regiões Administrativas da Secretaria Estadual da Saúde.

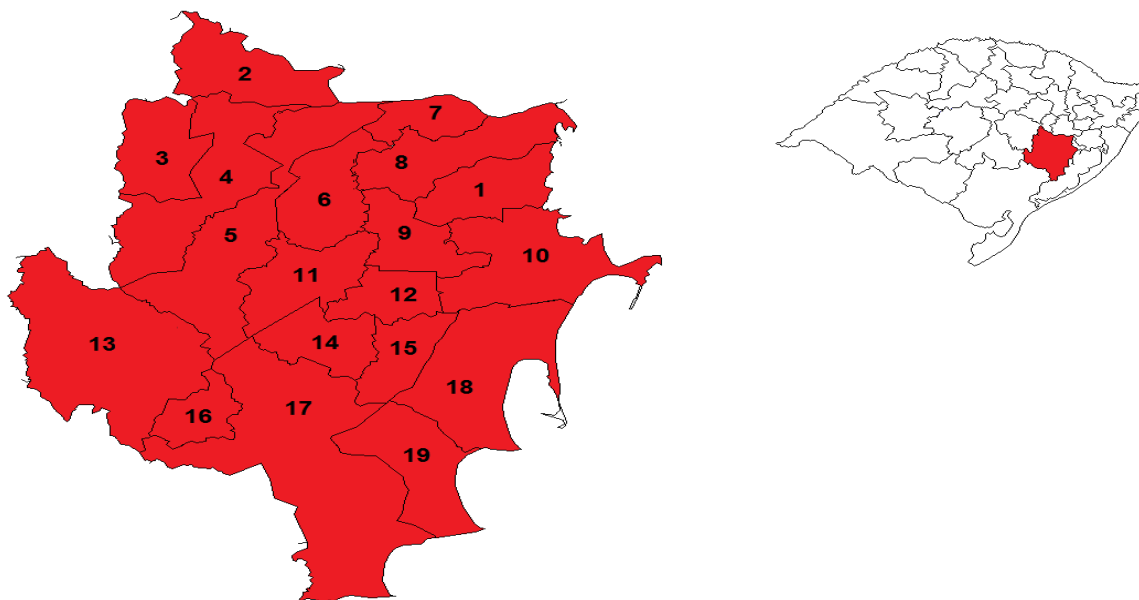
Entende-se por Região de Saúde o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”

Cada Região de Saúde contempla ações e serviços de atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde.

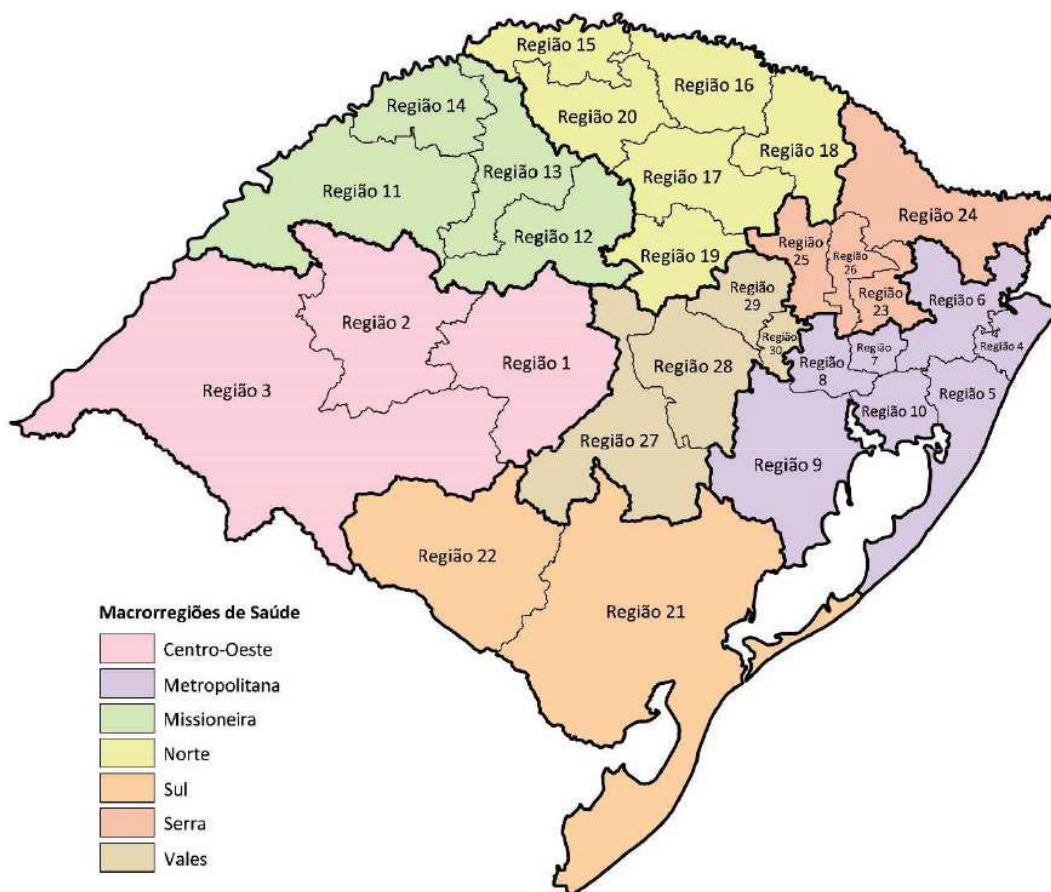
Também conta com uma Comissão Inter gestores Regional – CIR, responsável pelo planejamento e pactuação regional.

Minas do Leão/RS faz parte da **Região 9 – Região de Saúde Carbonífera Costa Doce**. É composta por 19 municípios e possui uma população de 385.972 habitantes (IBGE,2010). Faz parte da **1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)**. Fica assim constituída:

1-Guaíba; 2-General Câmara; **3-Minas do Leão**; 4-Butiá; 5-São Jerônimo; 6-Aroio dos Ratos; 7-Charqueadas; 8-Eldorado do Sul; 9-Mariana Pimentel; 10-Barra do Ribeiro; 11-Barão do Triunfo; 12-Sertão Santana; 13-Dom Feliciano; 14-Cerro Grande do Sul; 15-Sentinela do Sul; 16-Chuvisca; 17-Camaquã; 18-Tapes; 19-Arambaré.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS



Fonte SES/RS

As **Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS)** são instâncias administrativas da SES/RS, responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde em determinado território, tendo por objetivo apoiar tecnicamente os sistemas locais e regionais de saúde. O RS era dividido político-administrativamente em 19 CRS.

Com a publicação do Decreto Nº 55.606, de 27 de novembro de 2020, que trata da divisão territorial das CRS da SES/RS, **os municípios da 1ª e 2ª CRS, inclusive Minas do Leão, passam a formar a 1ª CRS**, com sede em Porto Alegre, a 19ª CRS passa a ser a 2ª CRS, com sede em Frederico Westphalen, e a sede da 16ª CRS volta a ser o município de Lajeado. Com isso, o RS está dividido político-administrativamente em 18 CRS.

Fonte SES/RS



# CAPÍTULO 1- ANÁLISE SITUACIONAL

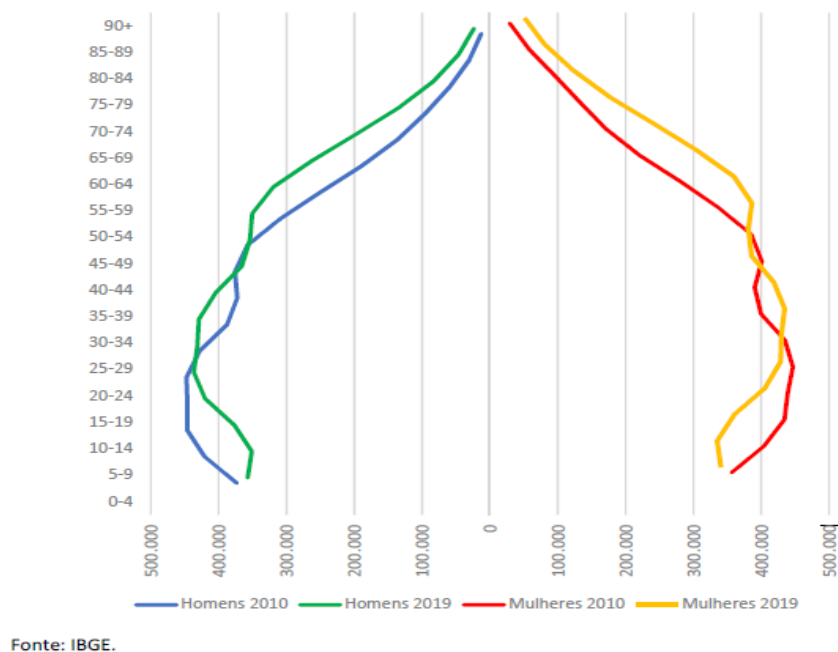
## 1-PANORAMA DEMOGRÁFICO

A **ESTIMATIVA POPULACIONAL** do estado do Rio Grande do Sul (RS) para o ano de 2019, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 11.377.239 pessoas, representando 5,4% da população brasileira. Desde o último Censo Demográfico, houve um aumento de 6% da população gaúcha, que era de 10.693.929 habitantes em 2010. Comparando-se o ano de 2010 com as projeções do IBGE para 2019, percebe-se diminuição da população na faixa etária dos 5 aos 29 anos e de 40 a 49. A partir da faixa etária de 50 a 54 anos ocorre uma inversão, sendo que a população passa a crescer proporcionalmente. Observa-se o estreitamento da pirâmide em 2019 nas faixas etárias de 0 a 24 anos em comparação a 2010, enquanto a partir dos 55 anos há aumento de população em ambos os sexos.

Destaque para as faixas etárias a partir dos 80 anos de idade, que apresentaram importante crescimento ao longo dos anos.

Fonte: DIGISUS e PES RS

Distribuição da população por sexo e faixa etária, RS, 2010 e 2019.



A população estimada para Minas do Leão em 2020 é de 8.103 pessoas.

Densidade Demográfica em 2010 é de 17,98 hab/km<sup>2</sup>.

IBGE

## População estimada Minas do Leão, por sexo e faixa etária Período: 2020

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	291	277	568
5 a 9 anos	287	274	561
10 a 14 anos	242	263	505
15 a 19 anos	285	279	564
20 a 29 anos	622	611	1233
30 a 39 anos	585	593	1178
40 a 49 anos	475	508	983
50 a 59 anos	515	541	1056
60 a 69 anos	381	429	810
70 a 79 anos	218	232	450
80 anos e mais	85	110	195
Total	3986	4117	8103

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE (DataSUS/Tabnet)  
Data da consulta: 04/03/2021.

Das 30 Regiões de Saúde do estado, as cinco mais populosas, de acordo com as estimativas para 2019, são: R10, com 2.369.210 habitantes (20,8%), R21, com 878.951 (7,7%), R7, com 829.904(7,3%), R8, com 778.841 (6,8%) e R23, com 620.945 (5,5%), totalizando 48,1% da população total. Dos 497 municípios do RS, 388 (78%) possuem menos de 20.000 habitantes e o município mais populoso é a capital Porto Alegre, com mais de 1.400.000 habitantes.

A mudança na demografia do RS nos últimos anos deve-se, basicamente, a dois fatores:  
A redução da taxa de fecundidade e  
Ao aumento da expectativa de vida ao nascer.

**COEFICIENTE GERAL DE NATALIDADE (CGN)**, que é o número de nascidos vivos dividido pela população residente em determinado ano, tem decrescido no RS conforme série histórica de 2014 a 2018, caindo de 12,78 para 12,36 por mil habitantes. Em 2018, 16 Regiões de Saúde apresentaram valores menores que o CGN do estado. Minas do Leão, segue a mesma característica, conforme mostra a planilha abaixo:

## Coeficiente Geral de Natalidade em Minas do Leão por ano

Ano	2016	2017	2018	2019
Nascidos Vivos	102	95	105	99
População residente	8.035	8.059	8.045	8.075
CGN	12,69	11,78	13,05	12,26

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (MS/SVS/DASIS/SINASC)  
Data da consulta: 04/03/2021.

O número de **NASCIMENTOS** no estado apresenta decréscimo ao longo da série histórica, passando de 143.178 em 2014 para 134.292 em 2019. As Regiões de Saúde R7, R8, R10, R21 e R23 apresentaram maior número de nascimentos por local de residência em 2019 e, somadas, concentraram 63.882 nascimentos (47,6%) do estado. A R10 é a região com maior quantitativo de nascimentos no referido ano (27.091), o que representa 20,2% do estado.

A proporção de **GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA** no RS vem apresentando queda ao longo dos anos, de 16,40% em 2010 para 11,18% em 2019. Entre 2017 e 2019, quase metade das 30 Regiões de Saúde **ficaram acima da proporção estadual**, considerando os valores respectivos de cada ano (R3, R5, R6, **R9**, R11, R12, R15, R19, R20, R21, R22, R24 e R27). Estes resultados podem ser analisados junto a outros indicadores sociais e de saúde - como a baixa escolaridade (decorrente da evasão escolar), renda, riscos pré/pós gestacional - que podem acarretar a perpetuação do ciclo de pobreza e vulnerabilidade social.

Embora Minas do Leão também fique acima da proporção estadual, apresenta nos últimos 4 anos um importante decréscimo nos números de gravidez na adolescência.

## Proporção de gravidez na adolescência na idade entre 10 a 19 anos Minas do Leão/RS

ANO	2017		2018		2019		2020	
UNIDADE	VALOR	META ESTADUAL	VALOR	META ESTADUAL	VALOR	META ESTADUAL	VALOR	META ESTADUAL
	20	14	19,05	13,75	16,33	11,85	14,29	11,85

Fonte:BI

Considerado **o fator isolado mais influente** na sobrevivência nos primeiros anos de vida, o **BAIXO PESO AO NASCER** é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como baixo peso ao nascer o inferior a 2.500 gramas, que alerta os profissionais de saúde sobre

o risco de morbimortalidade do recém-nascido. Valores abaixo de 10% são aceitáveis internacionalmente, embora a proporção encontrada em países desenvolvidos varie em torno de 6%. É um indicador de saúde geral e nutricional que evidencia a influência de variáveis ambientais sobre os fatores genéticos individuais, como as de caráter social, cultural, econômico, que variam de uma pessoa para outra.

Minas do Leão mostra uma variação instável e deixa também como preocupação, o número de nascidos com muito baixo peso e extremo baixo peso ao nascer em proporção ao número total de baixos pesos.

Se mostra cada vez mais necessário um direcionamento responsável dos grupos no propósito desse cuidado, conscientes de sua extrema responsabilidade.

### **Nascimento por residência da mãe por Ano do nascimento, segundo Peso ao nascer Período: 2016-2019**

Peso ao nascer	2016	2017	2018	2019	total
500 a 999g	1	-	3	-	4
1000 a 1499g	-	-	2		2
1500 a 2499g	5	3	3	7	18
total	6	3	8	7	24

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

A série histórica da **PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL** do estado mostra que houve pequena diminuição no valor deste indicador nos últimos 5 anos, passando de 37,04% em 2014 para 36,86% em 2019, ficando o ano de 2015 com o maior percentual do período (39,05%). A ocorrência de partos vaginais predomina entre mulheres indígenas e negras de até 24 anos com menos de 7 anos de estudo, conforme dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) (DATASUS, 2017)

Em nosso Município tivemos um pequeno aumento no percentual em 2018, com uma queda significativa nos próximos anos, sendo prioritário a volta dos grupos de gestantes, com todas as linhas de cuidados para que possamos voltar a enxergar nas taxas a dimensão do trabalho em prol do parto normal.

### **Proporção de parto normal no SUS e saúde suplementar em Minas do Leão relativo a meta Estadual.**

ANO	2017		2018		2019		2020	
UNIDADE	VALOR	META ESTADUAL	VALOR	META ESTADUAL	VALOR	META ESTADUAL	VALOR	META ESTADUAL
	40%	42%	42,86%	42%	37,76%	38%	36,9%	38%

Fonte: DATASUS

Em relação ao **ENVELHECIMENTO** populacional, observa-se aumento expressivo da população com 60 anos ou mais de idade, que representa 18,2% dos gaúchos, tornando o RS o **estado mais envelhecido do Brasil**. Destaca-se a feminização da população idosa, já que em 2019 as mulheres representavam 56,2% do total de idosos gaúchos, com proporção de 77 homens/100 mulheres com mais de 60 anos. De acordo com a projeção do IBGE, em 2030 o percentual da população idosa chegará a 24,3%, estimando-se que, neste segmento populacional, a razão entre os sexos deverá ser de 79 homens/100 mulheres.

A diminuição substantiva da mortalidade nas idades mais elevadas está fazendo com que, cada vez mais, um maior contingente populacional chegue às idades mais avançadas.

Em 2010, os idosos com 80 anos ou mais de idade (longevos) representavam 1,9% (204.691) da população do RS;

Em 2019 esse grupo etário atingiu 2,7% (312.814) da população total.

A expectativa é que esse percentual dobre na próxima década.

A longevidade saudável é um resultado almejado do trabalho realizado pelo conjunto das políticas de saúde no RS, e considera não apenas a ausência ou o controle de doenças e de agravos, mas, principalmente, a manutenção da autonomia e da independência funcional pelo máximo de tempo possível, evitando ou retardando o declínio da capacidade funcional e promovendo a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento.

Os dados municipais nos deixam no mesmo segmento do Estado, com a população idosa ficando em uma média de 18,18% da população total do município, com um crescente de número de idosos no período entre 2017 e 2020, na maioria feminino, representando 52,98% dessa população municipal em 2020.

#### **População residente por ano e sexo em Minas do Leão (idade 60 e+)**

Ano	2017	2018	2019	2020
Total	1287	1343	1398	1455
Feminino	682	712	741	771
Masculino	605	631	657	684

Fonte: DATASUS

A SES/RS trabalha na perspectiva da promoção da **EQUIDADE EM SAÚDE** a partir da implementação de políticas públicas direcionadas a alguns grupos populacionais específicos, a saber: povos indígenas, população negra, pessoas privadas de liberdade, população em situação de rua, população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), população do campo, florestas e águas, povos ciganos, imigrantes e refugiados.

Por promoção da equidade entende-se que é a promoção do direito à igualdade como princípio da justiça social e implica reconhecer necessidades específicas e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo.

Achamos de extrema importância citar esses parágrafos do PES, pois, embora não tenhamos algumas das populações citadas e ressaltamos que não temos também pessoas em situação de rua, apoiamos e promoveremos sempre a equidade como base de inclusão.

A partir do panorama demográfico do Município que segue na mesma linha de dados do RS, onde evidencia o envelhecimento da população gaúcha e a queda da taxa de fecundidade,

observada nos dados apresentados e nas características populacionais, são definidas as ações e políticas de saúde apresentadas nos próximos tópicos deste documento. Essas informações também servem de subsídio para a definição das metas do PMS 2022-2025.

## **2-DETERMINANTES E CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

Essa análise refere-se às condições sociais, econômicas, ambientais, de habitação e de trabalho que influenciam no estado de saúde da população, considerando as perspectivas individuais e coletivas.

### **2.1-CONDIÇÕES ECONÔMICAS, SOCIAIS, AMBIENTAIS, DE HABITAÇÃO E DE TRABALHO**

O **PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB)** é um indicador econômico bastante utilizado que apresenta a soma de todos os bens e serviços (**agropecuária, indústria e serviços**) produzidos em uma área geográfica em um determinado período.

Segundo os últimos dados disponibilizados pelo IBGE, em novembro de 2019, referentes ao ano de 2017, **o RS é a quarta economia do Brasil pelo tamanho do PIB, chegando a R\$ 423 bilhões. O estado participa com 6,4% do PIB nacional**, sendo superado pelos estados de São Paulo (32,2%), Rio de Janeiro (10,2%) e Minas Gerais (8,8%).

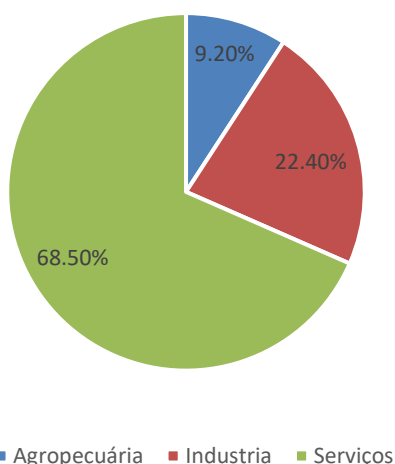
De acordo com o Valor Adicionado Bruto Total (VAB), o RS tem forte participação do setor de serviços (68,5%), que apresentou grande crescimento durante as duas últimas décadas, seguido por dois setores hegemônicos: a indústria (22,4%) e a agropecuária (9,2%). No ano de 2020, o setor agropecuário teve uma participação de 9,2% na estrutura do VAB bruto do estado, no entanto, sabe-se que esta participação é maior se considerada a repercussão na cadeia produtiva que o setor movimenta e sua forte associação com o setor agroindustrial. O setor agropecuário também é de grande importância para os pequenos municípios, visto que municípios com menos de 10 mil habitantes contribuem com 45% do VAB agropecuário do estado.

O **PIB per capita do RS**, em 2017, atingiu o valor de R\$ 33.737,10. Observando esse valor pelas 30 Regiões de Saúde, constata-se que existe uma concentração de produção de bens e serviços em algumas partes do território gaúcho.

As Regiões de Saúde que atingiram os maiores valores foram respectivamente: R24 (54.986,70), R12 (51.476,23), R08 (50.150,74), R17 (43.254,54) e R13 (39.294,20).

**Já as Regiões de Saúde com os menores valores foram**, respectivamente: R27 (22.505,96), R04 (23.292,06), **R09 (24.370,21)**, R21 (24.659,60) e R15 (25.342,37)

Composição do Valor Adicionado Bruto, RS, 2017.



O **PIB per capita** evidencia que existem significativas diferenças econômicas entre as Regiões de Saúde, o que reflete de forma direta na saúde da população, pois entende-se que quanto maior a pobreza dos indivíduos, menor é seu poder de compra de ações e serviços de saúde e, conseqüentemente, maior será sua dependência dos sistemas públicos de saúde para acesso e manutenção de sua sobrevivência.

Em 2019, o salário médio mensal em Minas do Leão era de 2.3 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 13.9%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 188 de 497 e 368 de 497, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 861 de 5570 e 2480 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 37.1% da população nessas condições, o que o colocava na posição 78 de 497 dentre as cidades do estado e na posição 3161 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

### Minas do Leão - PIB per capita [2018]

**21.970,07 R\$**

Comparando a outros municípios

No país

**5570º**

**2150º**

No Estado

**497º**

**410º**

Na região geográfica imediata

**6º**

**4º**

### Total de receitas realizadas [2017]

**28.075,10 R\$ (×1000)**

Comparando a outros municípios

No país

**5570º**

**3112º**

No Estado

497º

202º

Na região geográfica imediata

6º

5º

Fonte: IBGE

A compreensão da determinação social do processo saúde-doença direciona o olhar para as iniquidades em saúde como produto das desigualdades sociais, econômicas, ambientais, de habitação e de trabalho. O **PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF)** tem como foco as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, assim definidas de acordo com determinado corte de renda familiar per capita. O Programa busca reforçar o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de saúde, educação e assistência social e tem sido apontado como alternativa para melhoria das condições nutricionais de grupos vulneráveis e garantia da segurança alimentar e nutricional, com impacto no estado nutricional da população.

### Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no Município

Ano	2017	2018	2019	2020
Meta	60	60	65	70
Atingido	55,3	71,44	74,44	49,42

Fonte: BI

Na área da saúde, as **condicionalidades do PBF** dizem respeito às famílias beneficiárias que tenham em sua composição crianças menores de sete anos e/ou gestantes, sendo acompanhadas semestralmente quanto à vacinação e a vigilância alimentar e nutricional e à assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério, dentre outras ações disponíveis na Atenção Primária a Saúde (APS).

Observa-se a complexidade existente na gestão das condicionalidades no PBF dado o seu desenho, pois o processo envolve diferentes setores (saúde, educação e assistência), além de incluir diversos atores na sua operacionalização.

Ressalta-se sempre a importância da RAS nos diversos setores que envolvem a necessidade do cuidado multiprofissional.

O município busca apoiar, monitorar e mobilizar os vários setores no acompanhamento das condicionalidades. Entretanto, a localização das famílias para o acompanhamento das condicionalidades da saúde depende da superação de alguns desafios, destacando-se a realização de um cadastro qualificado pelo setor da assistência social do município, incluindo a atualização cadastral periódica, a promoção de ações intrasetoriais na saúde, e a busca ativa das famílias beneficiárias.

O quadro acima comprova esse constante cuidado e pretendemos estendê-lo para os próximos anos, devido ao entendimento de sua importância.

O Acompanhamento das **Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família**, conforme relatório da Nutricionista da Saúde, senhora Juliana Wisniewski, a partir da 1ª vigência de 2017 à 2ª vigência de 2020 passou por algumas alterações no decorrer do período; Observou-se formas de adaptações para coleta de dados e acompanhamento dos



beneficiários do PBF; Inicialmente as datas eram agendadas em dias específicos do mês conforme a disponibilidade das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) para que cada Estratégia de Saúde da Família realizasse a triagem dos beneficiários; Após reuniões com nutricionista, Enfermeiras e ACS para acordos é que divulgávamos as datas acordadas, através de veículo informativo no município e através de cartazes distribuídos as ESF's e também nas redes sociais da Prefeitura Municipal de Minas do Leão, com o objetivo de divulgar o dia da pesagem e acompanhamento dos interessados; Porém no ano de 2020 devido a pandemia do novo Coronavírus (Covid-19), sentimos dificuldade de realizar o acompanhamento devido as regras de protocolo de prevenção. Mas através de reuniões decidimos em comum acordo com Secretaria de Saúde, em realizar agendamento dos beneficiários através de tele atendimento confirmando data e horário para que o beneficiário comparecesse no local de atendimento para o acompanhamento da condicionalidade referente a saúde; as datas de acompanhamento foram agendadas ao longo dos semestres 2020/1 e 2020/2 com o objetivo de evitar aglomerações.

A expectativa é que haja um planejamento para que a meta de acompanhamento de condicionalidade no município seja atingida através dos seguintes recursos: reuniões com secretários municipais de saúde, educação e assistência social e equipe multidisciplinar, materiais para divulgação e organização de tele atendimentos para agendamentos de visitas e/ou acompanhamentos dos beneficiários do PBF nas ESF's de cada bairro do município.

Para o próximo quadriênio contaremos com o trabalho da nutricionista Audrey Machado dos Reis.

Em relação ao nível de **ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO GAÚCHA**, dados da PNAD contínua anual (2019) do IBGE demonstram que o nível de instrução das pessoas com 14 anos ou mais de idade com maior contingente populacional é o ensino fundamental incompleto ou equivalente (33,00%), seguido do nível médio completo ou equivalente (25,40%) e do superior completo (14,40%). Em relação à população sem instrução o índice foi de 2%. Percebe-se que de 2016 a 2019, houve diminuição do número de pessoas sem instrução (0,80%) e com ensino fundamental incompleto ou equivalente (2,10%).

O Bloco **Educação** utiliza cinco indicadores: taxa de matrícula na pré-escola (população entre quatro e cinco anos); nota da Prova Brasil do 5º ano e nota da Prova Brasil do nono ano do ensino fundamental (população entre 6 e 14 anos); taxa de matrícula no ensino médio (população entre 15 e 17 anos); e percentual da população adulta com, pelo menos, o ensino fundamental completo (população com 18 anos ou mais). Referente ao Bloco Educação, para o ano de 2016, nenhuma das 30 Regiões de Saúde do estado do RS situou-se na categoria com valores altos ou baixos, permanecendo todas com valores médios.

As cinco Regiões de Saúde que atingiram os maiores valores foram, respectivamente: R25 (0,785), R26 (0,780), R14 (0,764), R29 (0,759) e R16 (0,752).

**Já as Regiões de Saúde com os menores valores foram**, respectivamente: R24 (0,632), R10 (0,672), **R9 (0,689)**, R21 (0,689) e R8 (0,692).

## Dados gerais do Município de Minas do Leão

Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]	<b>97,9 %</b>
--	---------------

IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) [2017]	<b>5,7</b>
IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) [2017]	<b>4,2</b>
Matrículas no ensino fundamental [2020]	<b>1.073</b> matrículas
Matrículas no ensino médio [2020]	<b>216</b> matrículas
Docentes no ensino fundamental [2020]	<b>70</b> docentes
Docentes no ensino médio [2020]	<b>18</b> docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2020]	<b>5</b> escolas
Número de estabelecimentos de ensino médio [2020]	<b>1</b> escolas

Fonte: IBGE

- ✚ Para Cutler e Muney (2006), o valor monetário do retorno da educação em termos de saúde é a metade do retorno da educação no salário, assim, políticas que afetam o nível de escolaridade podem ter um grande efeito sobre a saúde da população.

De acordo com o IBGE, a **POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA (PEA)** compreende o potencial de mão-de-obra com que pode contar o setor produtivo; a oferta efetiva de trabalho numa economia. No Brasil, o cálculo é feito para pessoas entre 14 anos ou mais, configurando a idade laboral. No RS, o número total da PEA no mês de março/2020 foi 9.570 pessoas, e a distribuição da força de trabalho, quando configurada por sexo, apontava que 51,93% da PEA era do sexo feminino. Entre março/2019 e março/2020 houve uma redução de 0,82% da participação deste contingente, e a participação masculina passou de 47,25% para 48,07% no mesmo período.

Em relação ao **rendimento médio real do trabalho principal no RS**, habitualmente recebido por mês, pelas pessoas de 14 anos ou mais de idade, em comparação ao primeiro trimestre de 2019, houve aumento no rendimento médio recebido pelos empregados do setor privado, exclusive trabalhador doméstico, e pelos empregadores, enquanto as demais categorias tiveram redução de rendimentos. O trabalhador doméstico possui a menor média de rendimentos enquanto o empregador recebe as maiores remunerações.

O número de requisições de **seguro-desemprego** no período de janeiro/2019 a julho/2020 aumentou. Se compararmos o mês de maio/2020 com o mesmo mês no ano anterior, percebe-se um aumento de 70,31%. Este aumento está relacionado diretamente

à situação de isolamento social adotada em função da pandemia de COVID-19 que atingiu o RS neste período.

A pandemia de COVID-19 mudou drasticamente as relações de trabalho e os efeitos econômicos e sociais já aparecem, pois novas formas e processos de trabalho foram criados, demandando uma reorganização do mercado de trabalho. A análise do número de admissões e de desligamentos realizados no estado do RS nos anos de 2019 e 2020 demonstra que a pandemia de COVID-19 teve efeito devastador sobre o trabalhador formal. No mês de abril/2020 o saldo negativo aumentou 2.893,84%, passou de - 2.712 para - 78.481, devido ao número expressivo de demissões.

Nos meses subseqüentes a variação foi menor, chegando a saldo positivo de 134,08% no mês de julho/2020, se comparado ao mesmo mês do ano anterior.

Da mesma forma que as políticas de saúde, os **direitos e benefícios sociais e trabalhistas** também estão atrelados ao modo de inserção do indivíduo sobre o mercado de trabalho – até hoje. A proteção à saúde, o amparo na doença e no desemprego, reconhecimento e proteção para periculosidade, insalubridade, assistência em caso de acidente de trabalho, qualificação do ambiente de trabalho, são exemplos de benefícios que estão atrelados ao trabalho formalizado, regulado. O sistema previdenciário também é ligado à consolidação e estruturação do mercado de trabalho, cujos recursos recolhidos sobre a folha de pagamento fazem parte de sua principal base de financiamento.

✚ Assim, a ruptura do vínculo empregatício formal representa, na prática, a perda do “direito ao direito”, entre elas toda a proteção da saúde e segurança no trabalho.

Sobre os **AGRAVOS A SAÚDE DO TRABALHADOR**, de acordo com dados do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de 2016 a 2019 as notificações de agravos vêm aumentando gradualmente no RS.

A **Proporção de preenchimento do campo “ocupação”** nas notificações de agravo relacionadas ao trabalho em Minas do Leão, foram pactuadas em 95% no período entre 2017 e 2020, e alcançamos números positivos:

2017	2018	2019	2020
64,29%	75%	100%	100%

Fonte:BI

Entretanto as **taxas de notificações de agravos** (acidentes e doenças), relacionadas ao trabalho em Minas do Leão, pactuadas em 40% no período entre 2017 e 2020, ficou em um índice muito baixo, precisando do esmero dos nossos profissionais e a consciência da relevância do registro desse índice para o trabalhador:

2017	2018	2019	2020
18,73%	5%	5%	7,49%

Fonte:BI

As **CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO** têm relação direta com a saúde biológica e o bem-estar psicológico e social de seus habitantes. A qualidade do ar interior, a ventilação, a luminosidade, a temperatura interior, o ruído, a acessibilidade, a dimensão da casa e uma eventual superlotação são fatores que concorrem para o nível de saúde de seus residentes.

Minas do Leão apresenta:

71.9% de domicílios com esgotamento sanitário adequado,

83.5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e

1.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 123 de 497, 257 de 497 e 452 de 497, respectivamente.

Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 1309 de 5570, 2126 de 5570 e 4337 de 5570, respectivamente.

Fonte:IBGE

Vale ressaltar, em termos de **saneamento básico**, que nosso Município conta com 99,9% de água tratada na área urbana, que o serviço de encanamento está em franco andamento e quanto ao “Plano Municipal de Saneamento Básico”, o senhor Antonio Krigger nos passou as seguintes informações:

Plano Municipal de Saneamento Básico

Minas do Leão

12/11/21

- Lei 1719/2021 de 05/08/2021 – DISPÕE SOBRE A POLÍTICA MUNICIPAL DE SANEAMENTO BÁSICO, O PLANO MUNICIPAL DE SANEAMENTO BÁSICO (PMSB) E O PLANO MUNICIPAL DE GESTÃO INTEGRADA DE RESÍDUOS SÓLIDOS (PMGIRS) DO MUNICÍPIO DE MINAS DO LEÃO.
- A partir da publicação da Lei, a Secretaria de Obras e Secretaria de Agricultura e meio Ambiente – juntamente com a Secretaria de Planejamento devem iniciar a desenvolver as propostas apresentadas no Plano.
  1. Criação dos Conselhos Gestores do PMSB.
  2. Criação de Cronogramas para o desenvolvimento das propostas apresentadas.
  3. Acompanhamento dos 4 eixos propostos no PMSB.
  4. Busca de recursos a nível Federal para o desenvolvimento dos projetos, principalmente os relacionados ao Saneamento e Resíduos Sólidos.
- Atualmente o município está buscando resolver a questão do Contrato com a Corsan, contrato este vencido.
- Situação atual:
  1. Água potável - mais de 90 % da população urbana é servida com este serviço.
  2. Saneamento – praticamente zero. Como ponto de início da implantação, o município passou a exigir que todas as novas construções já observem a implantação do sistema de fossa, filtro e sumidouro.

Área da unidade territorial [2016]	424,339 km <sup>2</sup>	
	Esgotamento sanitário adequado [2010]	71,9 %
	Arborização de vias públicas [2010]	83,5 %
	Urbanização de vias públicas [2010]	1,2 %

Fonte: IBGE

Conforme os dados do Sistema de **INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA** para Consumo Humano (SISAGUA), em 2019, 83,97% da população do estado consumia água fornecida por Sistema de Abastecimento (SAA); 7,45% por Solução Alternativa Coletiva (SAC); 2,88% por Solução Alternativa Individual (SAI) e 5,7% da população não possuía informação no sistema sobre a modalidade de abastecimento. Em termos de população absoluta, 9.513.768 pessoas contam com sistema de abastecimento de água com rede de distribuição, onde 7.004.088 habitantes são abastecidos por água oriunda de sistemas de captação superficial; 1.158.442 por captação subterrânea e 1.351.238 por captação mista.

Em Minas do Leão pactuamos a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano em 80% no período 2018 a 2021. Alcançamos os resultados abaixo descritos:

2017	2018	2019	2020
76,39%	81,37%	68,63%	70,37%

Fonte: DATASUS

A coleta da água realizada nos anos entre 2017 a 2020 pelo responsável Leonardo de Freitas em nosso município, mostrou-se bem proveitosa, foi realizada 100% das coletas obrigatórias, sendo 60 coletas anuais realizadas em Pontos Estratégicos, como escolas e postos de saúdes, para análise de água tratada e 48 coletas anuais em fazendas e locais com poços artesianos, para controle da água não tratada, com alterações em alguns meses para verificar denúncias e afins, como o município não possui aparelho para cálculo do cloro residual livre, os dados enviados para a 1ª CRS acabam ficando incompletos, o que dificulta o crescimento dos dados relacionados ao programa VIGIAGUA. Conforme percebemos nos resultados enviados pelo LACEN, a água tratada do Município de Minas do Leão encontra-se em ótimo estado, estando dentro dos limites aceitáveis de Fluoreto, Coliformes Totais, Escherichia Coli e Turbidez. Entretanto o mesmo não pode ser dito a respeito das análises realizadas em residências dependentes de Poços Artesianos. Em geral, nas casas com poços, temos um aumento de Turbidez de mais de 20 vezes acima do número aceitável para satisfazer os critérios de consumo humano, muitas vezes são encontrados coliformes totais e o fluoreto se encontra acima da média.

Para esses casos, é realizada uma notificação ao proprietário, onde é passado instruções ao mesmo de como proceder para diminuir os riscos com o poço, também é dado um ofício onde o proprietário é informado e se responsabiliza sobre os efeitos que a água não tratada pode causar em quem a ingere.

O número de municípios infestados pelo mosquito *Aedes aegypti* no RS vem aumentando e no ano de 2019, 375 municípios registraram a presença do vetor. Um dos fatores que mais impactaram no crescimento do número de municípios infestados pode ser atribuído a uma alteração nos processos de trabalho. Ao longo dos três últimos anos (2017, 2018 e 2019), vem ocorrendo, tanto por parte da Coordenação Central como da Regional do Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes (PEVCA), uma intensificação das ações de supervisão do trabalho dos municípios e de capacitação. A intensificação das ações qualificou o trabalho dos Agentes Comunitários de Endemias (ACE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tornando mais efetiva a detecção do vetor nos municípios.

Fonte: PESRS

Os trabalhos da **Dengue no município** durante o ano de 2017 cumpriram a pactuação estabelecida com o Estado, nesse ano, Minas do Leão era considerado não infestado, foi realizado pesquisas larvárias em Pontos Estratégicos (PEs) em ciclos quinzenais; Pesquisas de Armadilhas (PA) em ciclos semanais; Levantamento de Índices Amostral (LIA); em ciclos quadrimestrais, Delimitação de foco (DF), quando detectada a presença do vetor em PE ou armadilha (raio de 300m, conforme NT); Atividades de Educação em Saúde.

No ano de 2018, no mês de julho o município passou de não infestado para infestado, mudando a forma de trabalho. As atividades de Pesquisa em Armadilhas foram canceladas, foram feitas visitas domiciliares (LI); foi realizado Levantamento de Índices Rápido (LIRA); Incentivo a vistoria em Prédios Públicos; Atividades em Educação em Saúde (PSE), seguindo-se essa rotina em 2019.

No ano de 2020, o município continuou a ser infestado, e logo no início do ano todas as atividades foram suspensas por conta da Pandemia do Corona Vírus, ao longo do período as atividades aos poucos foram sendo retomadas, exceto as Atividades de Educação em Saúde.

No ano 2021, o município continua na condição de infestado, mas com a baixa de casos do Corona Vírus, as atividades estão sendo retomadas aos poucos. Continuamos sem nenhum caso de Dengue no município.

Devido a um acerto entre a gestão municipal e nossa referência regional de vigilância sanitária, para um melhor controle no próximo quadriênio, pactuaremos em quatro o número de ciclos para cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

## 2.2-COMPORTAMENTO E ESTILOS DE VIDA

Em relação aos dados referentes a fatores de risco e proteção para morbimortalidade na população gaúcha, o PES/RS utilizou informações da Pesquisa Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico). Essa pesquisa considera somente a população de adultos (com 18 ou mais anos de idade), residentes em capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa. No RS, em 2018, foram realizadas 2.040 entrevistas telefônicas respondidas por um adulto do domicílio (sendo 668 homens e 1.372 mulheres) no município de Porto Alegre, nos seguintes fatores de risco:

Alimentação saudável

Atividades físicas

Consumo de bebidas alcólicas

Diagnóstico médico de hipertensão arterial

Diagnóstico médico de diabetes

Excesso de peso na população adulta

- Material encontra-se no PESRS. (p. 64 a 66). Interessante para pesquisa e suporte de trabalhos nos grupos de Saúde do Município.



## 2.3-VIOLÊNCIAS

A OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias). No RS, em 2017, a **violência física** foi a mais notificada pelos trabalhadores da saúde e da rede intersetorial, seguida pelas violências psicológica e lesão autoprovocada, negligência, em quarto lugar, está mais restrita a alguns ciclos de vida, como infância e velhice, enquanto a violência sexual foi o quinto tipo de violência mais notificada. Taxas menores de violência sexual podem estar relacionadas às características desse tipo de violência, que ocorre mais comumente no âmbito intrafamiliar e é cercado por estigma social, necessitando mais atenção dos profissionais para sua identificação.

- Citamos esse título por entendermos ser um material rico em informações para pesquisas e debates nos grupos e consideráveis para talvez, conforme se mostrar necessário para a saúde da população, inclusão em nossos indicadores de resultados. Se encontra no PES/RS p.67 a 71.

## 3-CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Utilizando-se os dados da **Carga Global de Doenças (Global Burden of Disease - GBD)**, entre os anos 1990 e 2016, percebe-se que no RS houve, em relação a

**Taxa de mortalidade padronizada por idade**, redução de 1.136,5 para 724,1/100.000, ou seja, reduziu-se em 36,3% o número de mortes.

Em relação aos **Anos Potenciais de Vida Perdidos (Years of Life Lost - YLLs)** – estimativa da média de anos que uma pessoa teria vivido se não tivesse morrido prematuramente, analisados por taxa padronizada por idade – houve redução de 25.032,5 para 16.299,3/100.000, ou seja, menos 34,9%.

Já os **Anos Vividos com Incapacidade (Years Lived with Disability - YLDs)**, analisados por uma taxa padronizada por idade, reduziram de 11.289,4 para 10.978,8/100.000, ou seja, 2,8%.

Por fim, os **Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (Disability Adjusted Life-Years - DALYs)** – soma de YLLs e YLDs que quantifica a carga de doenças de morbidade e mortalidade: um DALY pode ser considerado um ano perdido de vida "saudável", analisados por uma taxa padronizada por idade – tiveram redução de 36.321,9 para 27.278,1/100.000, o que representa 24,9% (MARINHO et al., 2018).

Considerando-se os dados do GBD para calcular as taxas de mortalidade padronizada por idade para **DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)**, entre 1990 a 2015, observa-se que no RS esse valor teve uma queda percentual de 30% (de 873,3 para de 611,6/100.000 hab.), ficando abaixo do Distrito Federal (32,7%), Rio de Janeiro (32,5%), São Paulo (32,3%), Santa Catarina (32,4%) e Minas Gerais (30,5%).

Salienta-se que

As doenças cardiovasculares tiveram redução de 45,2% (de 435,7 para 238,9/100.000 hab.).

As doenças crônicas respiratórias de 34,8% (de 93,5 para 61,0/100.000 hab.).

As neoplasias de 14,6% (de 187,3 para 160/100.000 hab.).

Já o diabetes melittus teve aumento de 8,6% (de 26,3 para 28,6/100.000 hab.) (MALTA et al., 2017b).

Analisando a **GBD do estado do RS**, por Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (*Disability Adjusted Life of Years- DALYs*) - morbidade e mortalidade, considerando o período de 1990 e 2017, destaca-se que:

As doenças cardiovasculares permaneceram na 1ª posição (com redução de 10,69%), seguidas das neoplasias (com aumento de 37,35%).

As doenças musculoesqueléticas, que estavam na sexta posição de 1990, passaram para a terceira posição em 2017, com aumento de 34,67%.

Na quarta posição em 2017 apareceram os distúrbios neurológicos (com aumento de 30,89%), que em 1990 estavam na oitava posição.

Também em 2017, na quinta posição aparecem as tentativas de suicídio e violência interpessoal (com aumento de 27,41%), que em 1990 estavam na sétima posição.

Destaque ainda para diabetes e doenças renais que ocupavam a 15ª posição em 1990 e passaram à nona posição (com aumento de 63,11%) em 2017.

Já as doenças maternas e neonatais, que em 1990 ocupavam a terceira posição, passaram para a 15ª posição em 2017 (com redução de 59,94%);

As infecções respiratórias e tuberculose, que estavam na nona posição, passaram para a 14ª posição (com redução de 38,41%)

E as deficiências nutricionais, que estavam na 14ª posição, passaram para a 19ª posição (com redução de 57,56%).

Para atender às necessidades de saúde da população gaúcha, torna-se fundamental conhecer as doenças que causam as maiores **TAXAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**. Considerando a série histórica da taxa de internações pelo SUS e os Capítulos do CID-10, verifica-se no município, que nos anos de 2018 e 2020 os maiores números ocorreram, em geral, por gravidez, parto e puerpério, mas as Doenças do aparelho circulatório, apresenta, já por muitos anos, a maior incidência em todos os períodos, apresentando anualmente um pequeno decréscimo.

Destaca-se que, em 2019 e 2020, o Capítulo de Algumas doenças infecciosas e parasitárias apresenta um aumento considerável. Em 2017, as neoplasias trazem um aumento, que diminui nos próximos dois anos, voltando a crescer em 2020. Importante salientar que, conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o **RS apresenta a maior incidência de câncer no país**, com 5 casos novos/1.000 habitantes, sendo que a média nacional é de 3 casos. Para enfrentar esta realidade, a necessidade de aporte financeiro para custeio de serviços existentes e dos novos que serão habilitados está sendo calculada para fins de apresentação junto ao MS.

#### **Morbidade Hospitalar de residentes, pelas principais causas e ano de internação, segundo capítulo da CID-10 – Minas do Leão/RS**

CAPÍTULO CID10	2016	2017	2018	2019	2020
. Gravidez parto e puerpério	63	61	111	66	93
Doenças do aparelho circulatório	97	96	91	87	89
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	43	34	33	53	68
Neoplasias (tumores)	42	60	45	46	52
Doenças do aparelho digestivo	56	61	49	56	47
Lesões enven e alg out conseq causas externas	38	55	50	33	41
Doenças do aparelho geniturinário	19	38	26	37	29

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Data da consulta: 04/03/2021.



As **Hepatites Virais** caracterizam-se como agravos de extrema importância para o cenário epidemiológico gaúcho, especialmente a transmitida pelo vírus C. Em 2018 no RS, as Hepatites Virais foram responsáveis por mais de 7.500 notificações no SINAN. A Hepatite A, transmitida via feecal-oral, por condições precárias de saneamento básico e água, de higiene pessoal e dos alimentos, apresentou redução em sua taxa de incidência, principalmente entre as crianças, a partir de 2014, quando houve a introdução da vacina contra a doença no Calendário Básico Infantil. Desde então, é esperada uma taxa de incidência em torno de 0,5 casos/100.000 habitantes no RS.

A equipe de epidemiologia do município acompanha os casos de Hepatites em todos os seus processos. Diz que todos os pacientes são devidamente encaminhados em suas necessidades. São marcados os exames e se necessário acompanhamento médico, são encaminhados através do GERCON para a referência que é Porto Alegre.

Os casos de HIV positivados são encaminhados para consulta em Charqueadas e início do tratamento. As medicações são entregues pela responsável da epidemio às ESF que irá fazer o acompanhamento do paciente.

Relativo a Tuberculose, os exames laboratoriais são feitos no município, RX e mantoux são referenciados para Charqueadas e acompanhamento na respectiva ESF.

Embora em nosso município não aconteça casos de **Hanseníase** a muitos anos, houve um acordo da gestão municipal com a referência epidemiológica regional, para que pactuássemos, como medida preventiva, no próximo quadriênio, 100% de proporção de cura para casos novos da doença.

As internações SUS por **TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS** (TMC), incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras drogas, no período de 2015 a 2019, foram 187.556, o que representa 5% do total de internações SUS registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) no período. As internações associadas a TMC devido ao uso de álcool e de outras substâncias psicoativas respondem por cerca de 46,09% dessas internações, seguidas pelos transtornos afetivos de humor, com 30,94% dos registros. Episódios de crise associados aos diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes representam o terceiro índice significativo: 15,26%. Os demais transtornos juntos somam cerca de 7,71% dos registros.

No ano de 2019, a taxa média de internação por TMC por município de origem do usuário, no RS, foi de 357,98/100.000 habitantes, o que corresponde a um total de 40.728 internações. Analisando as internações por TMC, por Região de Saúde de origem do usuário, constata-se que as **regiões R09** e R16 apresentaram **as menores taxas de internações** por TMC no ano de 2019.

Essas regiões possuem percentual de municípios com dispositivos especializados em saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT), Unidade de Acolhimento (UA) e/ou Serviço Residencial Terapêutico (SRT)) acima da média do estado, que foi de 28,89%.

**Município:** 431225 Minas do Leão

**Lista Morb CID-10:** Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool, Transt mentais comport dev uso outr subst psicoat, Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirantes, Transtornos de humor [afetivos], Transt neurót e relacionados com stress e somatof, Outros transtornos mentais e comportamentais

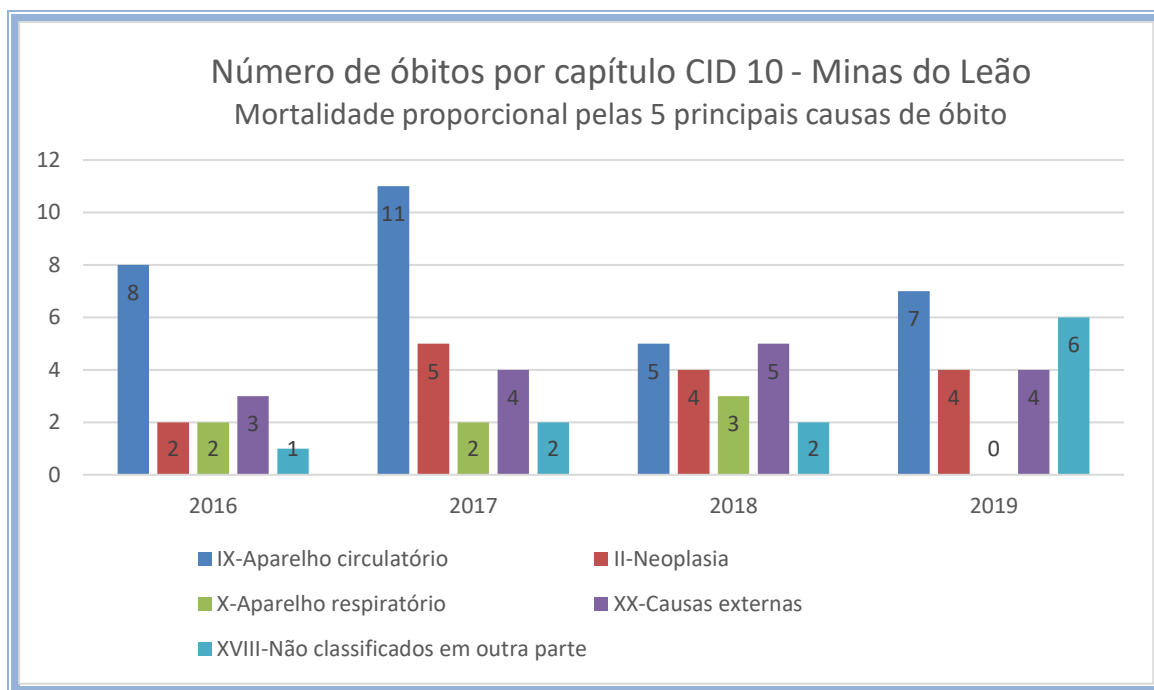
**Período:** Jan/2015-Mai/2021

Município	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
431225 Minas do Leão	1	7	4	7	20	10	8	57

Datasus

Além de avaliar as principais causas de adoecimento no RS, é necessário identificar o cenário que diz respeito às **principais causas de mortalidades no estado**. Considerando a série histórica da taxa de mortalidade (1.000 habitantes) pelos Capítulos da CID-1, verifica-se que nos anos de 2014 a 2018 as cinco maiores taxas ocorreram por Doenças do aparelho circulatório, Neoplasias (tumores), Doenças do aparelho respiratório, Causas externas de morbidade e de mortalidade e Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. 2014-2018.

Abaixo, gráfico da mesma série, referente ao município que confirma a mesma escala no número de óbitos, do estado.



Fonte: BI



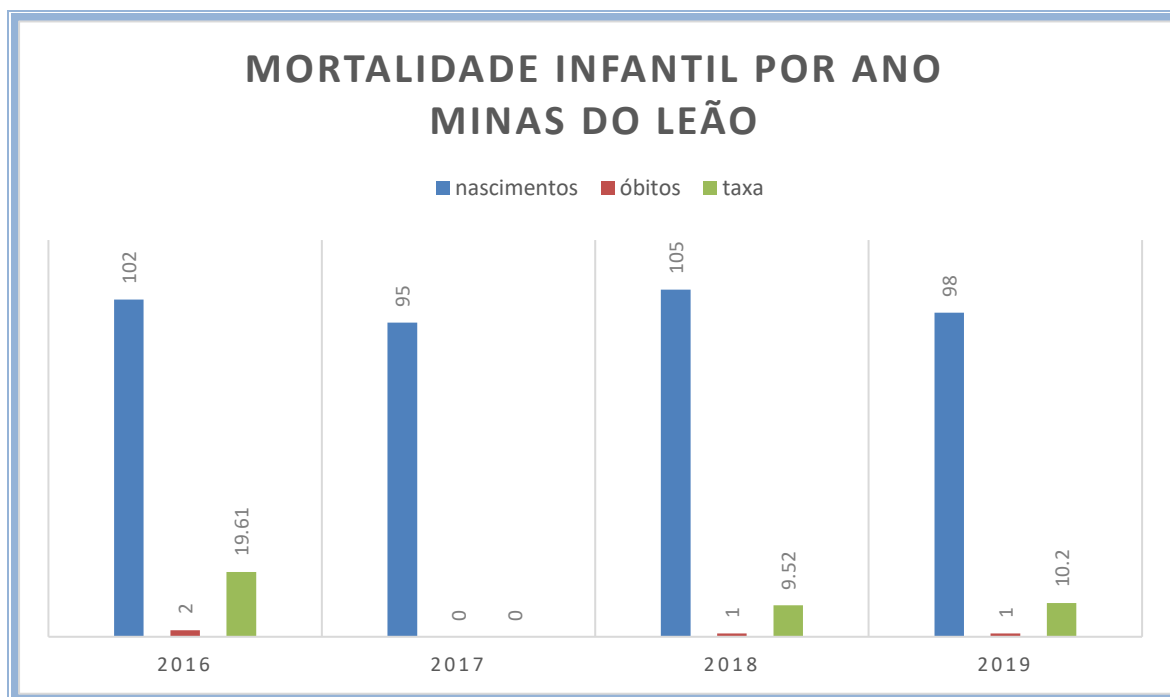
Fonte: BI

A **TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (TMI)** reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico e da infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e infantil. Expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade (neonatal precoce, neonatal tardia e pós neonatal).

A Taxa de Mortalidade Neonatal, em especial a neonatal precoce, reflete as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Já a Taxa de Mortalidade Pós-neonatal (28 a 364 dias de vida) reflete o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são fatores determinantes da mortalidade nesse grupo etário, entre outros (BRASIL, 2009).

A redução da mortalidade infantil requer ações de qualificação do pré-natal e estratégias que garantam o parto e nascimento em serviços com infraestrutura adequada e recursos humanos qualificados. Assim, a Política Estadual de Saúde da Criança no RS segue as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que preconiza o monitoramento da mortalidade infantil e orienta ações de prevenção (BRASIL, 2018).

A vigilância do óbito infantil, fetal e materno é de responsabilidade do gestor municipal e deve ser realizada por profissionais envolvidos nos três níveis de atenção à saúde: Atenção Primária, Secundária e Terciária, possibilitando a avaliação de medidas para a prevenção dos óbitos evitáveis e, conseqüentemente, redução da morbimortalidade, por meio dos comitês de mortalidade Infantil, fetal e materna (BITTENCOURT, 2013). Dentre as atribuições do estado, cabe o monitoramento e avaliação de indicadores e metas, bem como o alinhamento das ações e organização dos serviços de atenção à saúde da criança (BRASIL, 2018).

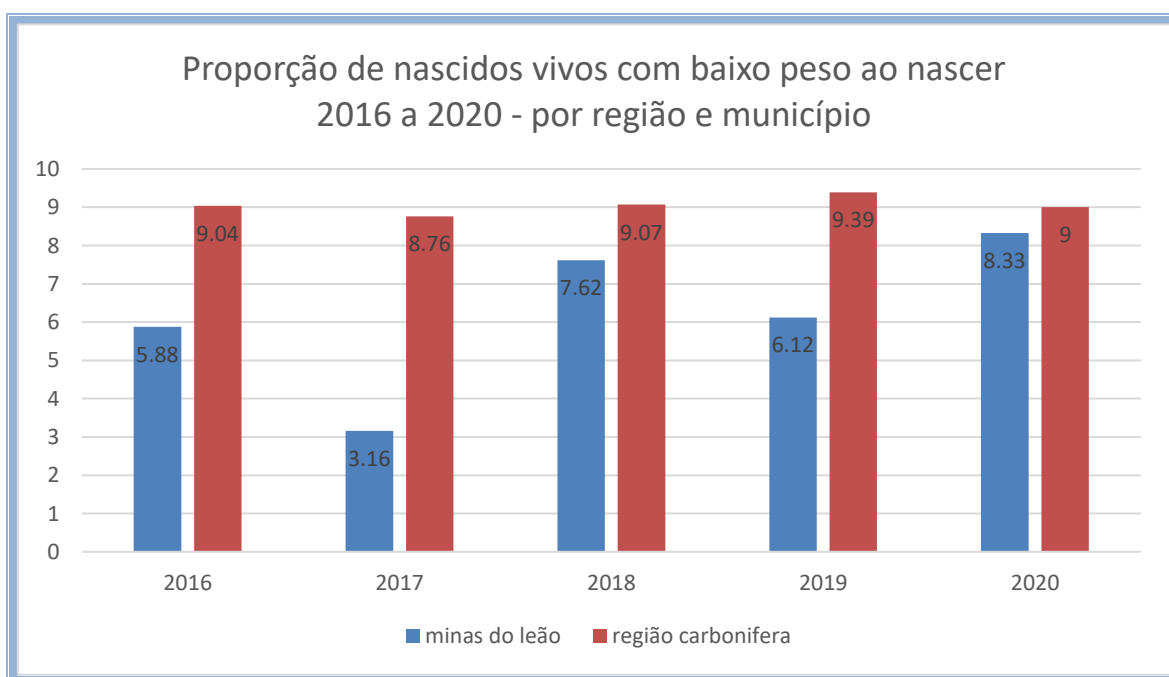


Fonte: BI

O trabalho em consolidação com o **Programa dos Agentes Comunitários de Saúde** (ACS), iniciado em 2010 com 30% de cobertura no município e hoje contando com 100%, juntamente com o **“Primeira Infância Melhor”** (PIM), **“Cegonha no ar”**, **“Bem me quer”** e parceria com entidades sociais, como a Pastoral da Criança, nas regiões de maior vulnerabilidade, visa zerar a taxa de mortalidade infantil.

- O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) tem sido utilizado não apenas como um indicador clássico de saúde, mas também como um dos melhores índices de desenvolvimento social.

Embora tenhamos no ano de 2016 um nascimento com má formação congênita que aumentou a taxa municipal, nossos profissionais seguem confiantes em seu trabalho com a certeza que estamos no caminho certo para zerarmos este coeficiente.



Fonte: BI

A razão de **MORTALIDADE MATERNA** é o principal indicador para avaliar a qualidade da assistência às mulheres durante o parto e nascimento. Em 2018, o RS apresentou razão de 36,5 óbitos maternos/100.000 nascimentos. No mesmo ano, o Brasil apresentou razão de mortalidade materna de 56,3. Comparado a outros estados, o RS apresentou a quarta menor razão de mortalidade materna nacional (36,4), ficando atrás de Tocantins (31,4), Santa Catarina (35,1) e Rondônia (35,6).

A série histórica da mortalidade materna (100.000 NV) no estado não apresenta linearidade contínua. Contudo, é possível observar redução do indicador ao longo dos últimos 5 anos.

Óbitos mulheres idade fértil, Óbitos maternos segundo Ano do Óbito

Município: 431225 Minas do Leão

Período: 2016-2019

	Óbito maternos	Óbitos em mulheres em idade fértil
2016	0	4
2017	0	2
2018	0	4
2019	0	1

Datasus

As maiores razões de mortalidade no Estado encontram-se nas mulheres com 35 anos ou mais, negras ou indígenas, e com menos de 7 anos de escolaridade (SIM, 2017). Já as principais causas de morte são: hemorragias (26,9%), problemas circulatórios (23,1%), pré-eclâmpsia (9,6%), doenças metabólicas (7,7%), causas não especificadas (7,7%), embolias obstétricas (5,8%), aborto (5,8%), HIV (5,8%) e outros (7,6%). As Regiões de Saúde que apresentaram as maiores razões de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos) em 2018 são: R19 (165,55), R14 (149,64), R15 (129,98), R27 (88,69) e R21 (61,58).

## 4-REDES DE ATENÇÃO E PROCESSOS DE GOVERNANÇA

Neste tópico serão abordadas informações de como as RAS estão distribuídas no estado do RS, qual a estrutura atual por Regiões e Macrorregiões de Saúde e como se dão os processos de Governança.

Obs: Os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são considerados equivalentes nas atuais concepções estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo utilizados como semelhantes. Dessa forma, associam-se a ambos os princípios e diretrizes definidos na Portaria 2488/2011.

### 4.1-ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE (APS)

As ações e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) são ofertados nos 497 municípios do estado, em 2.630 Unidades de Saúde e 228 Academias da Saúde.

A SES/RS elencou a **Estratégia Saúde da Família** (ESF) como modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso da população ao SUS.

Em relação à cobertura de ESF, 19 Regiões de Saúde apresentam proporção acima da média estadual (59%), a maioria delas na Macrorregião de Saúde Norte e em municípios de pequeno porte, sendo a R15 a que apresentou maior cobertura (94,36%). Por outro lado, 11 Regiões de Saúde apresentam cobertura de ESF **menor que a média estadual** (R1, R5, R7, **R9**, R10, R17, R23, R25, R27, R28, R30), a maioria concentrada nas Macrorregiões de Saúde Metropolitana, Serra e Vales, que possuem municípios de grande porte e elevada densidade populacional. A R23 apresentou a menor cobertura (35,78%). (Dados de 2019) Mesmo que a ESF esteja presente em 96% dos municípios, e que seja o modelo prioritário para a organização e qualificação da APS, a cobertura estadual de ESF alcança somente 59% da população do RS. Além disso, são muitos os desafios para instituir diretrizes de acesso, de qualificação dos processos de trabalho e de cuidado e resolutividade nesse nível de atenção. Sabe-se que existem equipes que ainda restringem o acesso dos usuários, utilizando como metodologia a distribuição de fichas, criando barreiras e filas desnecessárias e não utilizando critérios de classificação de risco ou de equidade para acesso ao serviço.

Além disso, há diferenças expressivas entre os municípios em relação à cobertura de ESF, o que exige apoio para execução dos Planos Municipais de Saúde e qualificação da APS. Dentre os 497 municípios, 415 (83,50%) possuem cobertura de ESF maior do que a média do estado e, dentre esses, a média de cobertura é de 94,22%. Já em relação aos municípios com cobertura de ESF menor do que a do estado, 82 (16,50%) possuem, em média, cobertura de 32,02%. Em relação à população cadastrada nessas equipes, o estado totalizou 5.558.759 cadastros no terceiro quadrimestre de 2019.

Visando apoiar o modelo de Saúde da Família e aumentar a abrangência e o escopo das ações da APS, o Município conta em seu território com:

#### **- Unidade Básica de Saúde - Centro Municipal de Saúde de Minas do Leão**

com atendimento 24 horas. A APS tem papel de coordenadora do cuidado à saúde da população adstrita e ordenadora da RAS, sendo o centro de comunicação com toda a Rede.

As reuniões de Rede acontecem mensalmente com representantes do Conselho Municipal de Saúde, Conselho de Assistência Social, Agentes Comunitárias de Saúde, Agente de Endemias, Conselho Tutelar e representante das Secretarias Municipais de Obras e Educação.

A unidade é responsável pelo primeiro atendimento na urgência e emergência.

Conta também com uma equipe de ESF, uma sala de odontologia, sala de vacina, sala de epidemiologia e uma Farmácia Básica.

Junto ao prédio conciliamos a Secretaria Municipal de Saúde.

Já está em andamento as atividades para a construção de um novo prédio onde possamos oferecer aos pacientes e aos servidores um ambiente mais amplo e adequado aos vários serviços prestados.

#### **- Posto de Saúde da Família Doutor João Tadeu de Vargas Alves:**

O primeiro a ser implantado.

Está localizado no **Bairro Recreio** e junto com toda a equipe da Estratégia de Saúde da família, conta com:

Uma **Sala de Vacina** e

Acreditando que a atuação da Saúde Bucal deve estar vinculada à saúde da Família, ampliamos o acesso da população aos profissionais e às práticas da Saúde Bucal instalando **um consultório odontológico** com atendimento de um **dentista 40 hs semanais** e **um auxiliar de saúde bucal**. Muitos dos equipamentos necessários foram adquiridos por emenda parlamentar e a ampliação do Prédio com verba da Estratégia da Saúde da Família.

## - Posto de Saúde São Miguel:

Este Posto de Saúde da Família está localizado no **Bairro São Miguel** e iniciou seus trabalhos em maio de 2016, contando, além do atendimento do Médico da Família, também com Agentes de Saúde, enfermeira e uma técnica de enfermagem. São realizados nos três postos reuniões para **acompanhamento das condicionalidades da saúde do programa bolsa família**, atendimentos de enfermagem e procedimentos ambulatoriais, alcançando atenção integral, contínua e organizada à população adscrita.

Em relação à **cobertura de atenção básica (AB)**, por Região de Saúde, verifica-se, que nove Regiões de Saúde (R1, R5, R7, **R9**, R10, R17, R23, R25 e R27) apresentam cobertura inferior à média estadual (74,29%), sendo que a menor cobertura é a da R1 (59,83%). As demais 21 Regiões possuem cobertura superior à do RS e a R19 apresenta a maior cobertura (98,70%) do período.

Ministério da Saúde MS  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde SAPS  
Departamento de Saúde da Família DESF  
**Cobertura da Atenção Básica**  
Unidade Geográfica: SUL - RS - MINAS DO LEÃO  
Período: Dezembro de 2020

Nº ESF Cob.	Nº EAB		CH Enfermeiro	Nº eSF equivalente	Estim.	Cobertura ESF	Estim.	Cobertura AB
	Param. Cob.	CH Médico			Pop. Cob. ESF		Pop. Cob. AB	
2	0	2,03	7,55	2	6.900	85,45%	8.075	100%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica

Em 2019, o MS publicou o **novo modelo de financiamento da AB**, por meio da Portaria Nº 2.979/2019, que **busca estimular o acesso dos usuários e o alcance de resultados das equipes e não apenas a ampliação da cobertura**. O novo financiamento é composto por: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019).

A **capitação ponderada** é uma modalidade de repasse calculada com base no **número de pessoas cadastradas** e sob responsabilidade das equipes da AB credenciadas, considerando ainda fatores de ajuste como vulnerabilidade socioeconômica, perfil de idade e classificação rural-urbana do município.

Desta forma, o cadastramento dos usuários residentes, especialmente em áreas rurais, configura-se como estratégia para ampliação e qualificação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. O MS vislumbra ampliar o acesso com o cadastramento dos usuários pelas equipes da AB uma vez que possibilita que o usuário escolha a equipe a qual ficará vinculado (perto de casa, do trabalho ou da escola, por exemplo), além de atrelar o repasse do recurso à efetivação do cadastro e do atendimento

Com relação ao **pagamento por desempenho** das equipes da AB, a Portaria Nº 3.222/2019 **definiu os seguintes indicadores** para pagamento por desempenho em 2020: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; cobertura de exame citopatológico; cobertura vacinal de poliomielite inativada e de



pentavalente; percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

O **terceiro componente do financiamento do MS** é o **incentivo para ações estratégicas**, que contempla a manutenção do custeio das seguintes ações, programas e estratégias: Equipe de Saúde Bucal (eSB), Unidade Odontológica Móvel (UOM), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), Equipe de Consultório na Rua (eCR), Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Microscopista, Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP), Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade, Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Academia da Saúde, Programas de apoio à informatização da APS, Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Em 2019, o MS também lançou o **programa saúde na hora** (BRASIL, 2019) através da Portaria Nº 930/2019, buscando ampliar o acesso da população por meio da expansão do horário de funcionamento das Unidades de Saúde. Ainda que seja uma alternativa importante no que diz respeito à ampliação de horário, o **Programa destina-se a municípios de maior porte**. Minas do Leão, como a maioria dos municípios gaúchos é de pequeno porte, não atinge os critérios para adesão ao Programa Saúde na Hora.

A **Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS)** é um dos componentes do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS). Tem como objetivo incentivar a melhoria e o fortalecimento dos serviços de Atenção Primária à Saúde oferecidos à população, consolidando seus atributos. Trata-se de uma proposta de colaboração entre as gestões estadual e municipal, os trabalhadores da saúde e a população.

Entre os inúmeros desafios vividos pela APS estão o atendimento às situações agudas e crônicas e a crescente demanda de idosos, em virtude da transição demográfica e do envelhecimento da população. Além disso, a pandemia tem exigido muito dos profissionais, inclusive na reabilitação dos pacientes pós-Covid-19.

Os critérios para adesão à rede bem cuidar RS é uma equipe de Saúde da Família (ESF) completa, com equipe de Saúde Bucal vinculada. No município aderimos a estratégia de saúde da família João Thadeu, os profissionais terão 60 horas semanais para além da equipe mínima, cadastrados no mesmo Identificador Nacional de Equipes (INE) e tem como gestoras responsáveis pelo programa a enfermeira Gabriella Jaime e a farmacêutica Samara Machado.

#### **Tem como objetivos:**

- Fomentar as relações de confiança, compromisso e vínculo entre usuários, trabalhadores e gestores, condição fundamental para concretizar os princípios da integralidade e equidade em saúde.
- Construir estratégias para o enfrentamento dos novos desafios impostos pela pandemia de Covid-19, a partir das demandas do território vivenciadas pelos usuários.



- Elaborar de forma ascendente ações que priorizem o compartilhamento de saberes, a valorização das singularidades de cada território, a participação social na análise e tomada de decisões e o fortalecimento da participação social.
- Estimular a construção de ambientes favoráveis à promoção do cuidado humanizado.
- Mapear e estabelecer conexões de valor na comunidade, no município e na região, para a incubação de inovação e tecnologia, a partir das demandas identificadas.
- Induzir a melhoria das práticas de saúde e o cuidado para o envelhecimento saudável, impactando na melhoria da qualidade de vida da população gaúcha em todas as idades.

O RS conta com 229 **núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica** (NASF-AB) em 201 municípios (40% do estado). Sabe-se que a multidisciplinaridade característica desses núcleos contribui para a ampliação do escopo de ação e qualifica o acesso e o cuidado na AB, ampliando a resolutividade deste nível de atenção, principalmente em casos mais complexos, desenvolvendo ações de matriciamento e de atendimento direto à população.

Apesar de **não haver mais recurso financeiro federal específico para essas equipes**, conforme o MS, o **valor foi incorporado à capitação ponderada**, aumentando a autonomia do gestor municipal para compor e manter suas equipes multiprofissionais, definindo as categorias profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. A Coordenação Estadual da Atenção Básica (CEAB) estimula, em seu processo de trabalho junto aos gestores municipais, a manutenção das equipes multiprofissionais, para que possam atuar ampliando as ofertas de saúde na rede, assim como a resolutividade, a abrangência e a qualificação das ações da AB e destaca que há perspectiva de que as ações multiprofissionais sejam contempladas como indicadores de desempenho em 2021 e 2022.

Para conciliar essa equipe multiprofissional e a produtividade de especialidades também de atenção primária, o município implantou a policlínica

**-Centro de especialidades Rosa Maria Oliboni Luiz** que conta com:

1 Assistente social  
 1 Fonoaudióloga  
 2 médicos clínicos  
 1 médica pediatra  
 1 médico psiquiatra  
 1 Nutricionista  
 2 Psicólogos clínicos  
 Enfermeiros e  
 Técnicos de enfermagem.

Ampliando e facilitando o acesso ao atendimento especializado para a população.

Em relação aos **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**, eles são profissionais que desempenham **papel de mediadores entre os saberes técnicos e populares**, entre equipe de saúde e comunidade, além de **fortalecerem o acesso da população** aos serviços de saúde. O estado conta com 10.296 ACS, presentes em 479 municípios do estado, o que corresponde a 49% de cobertura ACS no RS. Embora a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) não estabeleça o número mínimo de ACS por equipe, recomenda que este seja definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e

socioeconômicos e que em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, a cobertura seja de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Ministério da Saúde MS  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde SAPS  
Departamento de Saúde da Família DESF  
**Cobertura de Agentes Comunitários da Saúde**  
Unidade Geográfica: MINAS DO LEÃO  
Período: Dezembro de 2020

População	Nº ACS Cob.	Estim. Pop. Cob. ACS	Cobertura ACS
8.075	10	5.750	71,21%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica

Sobre a cobertura de ACS disposta acima, discordamos dos números, pois na verdade se temos 10 ACS, nossa cobertura fica em 90,9. Notamos divergências de dados entre os sistemas estatísticos e de apoio as gestões.

Para o ano de 2021 o Município já solicitou adesão a mais uma agente comunitária de saúde, completando a cobertura de 100%.

Para o próximo quadriênio a gestão pretende implantar mais uma ESF, dessa vez na Coréia com no mínimo duas agentes comunitárias, que será necessária para a cobertura da pequena população desse bairro, auxiliando na melhor organização da comunidade, ampliando o acesso dos usuários em todas as ESF's, qualificando os processos de trabalho e de cuidado.

O **MS financia os ACS** repassando aos municípios o valor do piso salarial desta categoria, repasse previsto no Programa Previne Brasil dentro do incentivo das ações estratégicas.

A **SES/RS** fomenta a manutenção e ampliação da cobertura de ACS a partir da Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES - Resolução Nº 020/18 - CIB/RS), com recurso mensal cuja fórmula de cálculo privilegia o quantitativo de ACS nos municípios. As orientações do nível estadual da AB aos gestores municipais sempre visaram a valorização e a busca pela ampliação da cobertura de ACS, enfatizando a essencialidade destes profissionais para o acompanhamento e cuidado da população, em especial os grupos mais vulneráveis e prioritários. Minas do Leão tem noção de quanto é imprescindível essa atividade e tem a pretensão de sempre manter um cuidado direto desses profissionais e da população.

O **financiamento estadual** para equipes da AB do RS é composto por incentivo financeiro para as equipes de Saúde da Família com e sem Saúde Bucal (Portaria SES/RS Nº 405/1613, com suspensão de novas habilitações pela Resolução Nº 368/19 CIB/RS14), para a qualificação da ESF e ESB (Resolução CIB/RS Nº 503/1315 com suspensão de novas habilitações pela Resolução CIB/RS Nº 366/1916) e a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES -Resolução CIB/RS Nº 020/1817), que tem na sua base de cálculo o número de habitantes dos municípios e critérios epidemiológicos e de vulnerabilidade.

Em relação ao processo de cuidado e resolutividade da AB na atenção às pessoas com **doenças crônicas**, pode-se dizer que o modelo vigente não vem obtendo sucesso em suas condutas por não conseguir atender a necessidade de cada indivíduo.

Neste sentido, enfatiza-se a necessidade de avançar na transição de um modelo de atenção voltado para o cuidado à agudização da doença para implantar o modelo de atenção às

condições crônicas, assim como a modificação de uma atenção prescritiva e centrada na doença para a colaborativa e com foco na pessoa.

A SES/RS coordena, desde 2015, a **Planificação da Rede de Atenção à Saúde** (RIO GRANDE DO SUL, 2017), em parceria com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e, desde 2019, com o Hospital Israelita Albert Einstein via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). A Planificação da Rede de Atenção à Saúde pretende problematizar e refletir sobre o papel da APS como ordenadora da rede, fornecendo apoio técnico às equipes gestoras municipais e trabalhadores, para qualificar a organização da rede de acordo com os princípios do SUS e do cuidado integral entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário.

**No RS**, o projeto visa promover a organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde, definir os fluxos e induzir pactuações com vistas ao aumento da resolutividade das redes de atenção à saúde.

Destaca-se também o **Programa Saúde na Escola (PSE)** (BRASIL, 2007), estratégia para integração entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de Saúde da Família e da Educação Básica. O estado possui 4.584 escolas inseridas no PSE, distribuídas em 437 municípios, com 2.451 equipes, alcançando 1.102.850 alunos, além de 1.336 escolas de educação infantil, nas quais estão vinculadas 87.792 crianças.

O Município de Minas do Leão conta com a adesão das 4 escolas municipais e as 2 estaduais, totalizando 1770 participantes. Dentro do PSE, o município aderiu também ao **programa Crescer Saudável** com o objetivo de contribuir para o enfrentamento da obesidade infantil e a **Estratégia NutriSUS**, contribuindo para o pleno desenvolvimento infantil, prevenindo a anemia e outras carências nutricionais específicas da infância.

Outra ação vinculada à APS é o Programa **Primeira Infância Melhor (PIM)**, que contempla ações socioeducativas transversais que visam a promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, considerando as dimensões física, intelectual, social, emocional e de linguagem; o fortalecimento de vínculos e a promoção do protagonismo familiar; e a melhoria do acesso à rede de serviço, prioritariamente no âmbito da proteção social básica, da APS e da educação. Em 2019, 237 municípios estavam habilitados no Programa, com 2.659 visitantes atendendo 31.128 famílias e beneficiando 33.156 crianças e 5.312 gestantes, tendo como público-alvo famílias em situação de vulnerabilidade.

No âmbito da APS, o PIM constitui-se como mais um dispositivo da RAS, somando-se aos serviços que visam assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A experiência e expertise do PIM também serviu como referência para a construção do Programa Nacional Criança Feliz (PCF), vinculado ao Ministério da Cidadania, no âmbito da Assistência Social. Foram contratadas pelo município, 5 visitadoras com a meta de realizar, cada uma, 22 visitas mensais às famílias em vulnerabilidade social.

A SES/RS aprovou por meio da Portaria SES Nº 512/2020, a primeira **Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (POPES)** do país, construída com o apoio de atores estratégicos como sociedade civil, gestores e trabalhadores da saúde. Entre os objetivos dessa política está o de promover a equidade no acesso e na atenção à saúde de populações específicas estabelecendo os princípios e diretrizes para a organização dos serviços de saúde e para a organização e orientação na RAS.

Como populações específicas esta política refere-se a: população LGBT, povos indígenas, população em situação de rua, população negra, povos ciganos, população privada de liberdade, egressos do sistema prisional, população de migrantes, refugiados e apátridas e população do campo, da floresta e das águas.

Os próximos anos serão destinados à implementação dessa política que já conta com o aporte das áreas técnicas da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, do Departamento de Ações em Saúde (DAS) da SES/RS e do trabalho que vem desenvolvendo nesta mesma linha.

Considerando a análise da situação de saúde dos municípios do estado do RS, identifica-se necessidade de incentivar a ampliação e a qualificação da ESF, apoiando tecnicamente os gestores e os trabalhadores da APS por diferentes meios. Entre as ações necessárias, pode-se destacar a instrumentalização para o monitoramento de indicadores de processo de trabalho e de resultado na AB; suporte técnico aos municípios em relação aos cofinanciamentos federal e estadual; apoio aos gestores municipais para a implantação do modelo de atenção à saúde previsto nos planos municipais; e apoio aos municípios na identificação de prioridades conforme monitoramento realizado pelos mesmos. Somam-se a essas ações a continuidade da participação da AB no processo de Planificação da Rede de Atenção à Saúde. Na análise abaixo é possível identificar um resumo dos serviços de APS disponibilizados pelo RS.

Cobertura ESF 59%

Cobertura AB 74,29%

Cobertura ESB 31%

Nº de municípios com ACS 479

Nº de municípios com NASF 201

Nº de Equipes de Consultório na Rua 8

Nº de Unidades Odontológicas Móveis 6

Nº Academias da Saúde 228

Visitadores do PIM 1.338

#### **Programa Saúde na Hora**

Nº Municípios que aderiram ao programa 31

Nº Unidades de Saúde da Família que aderiram ao programa 39

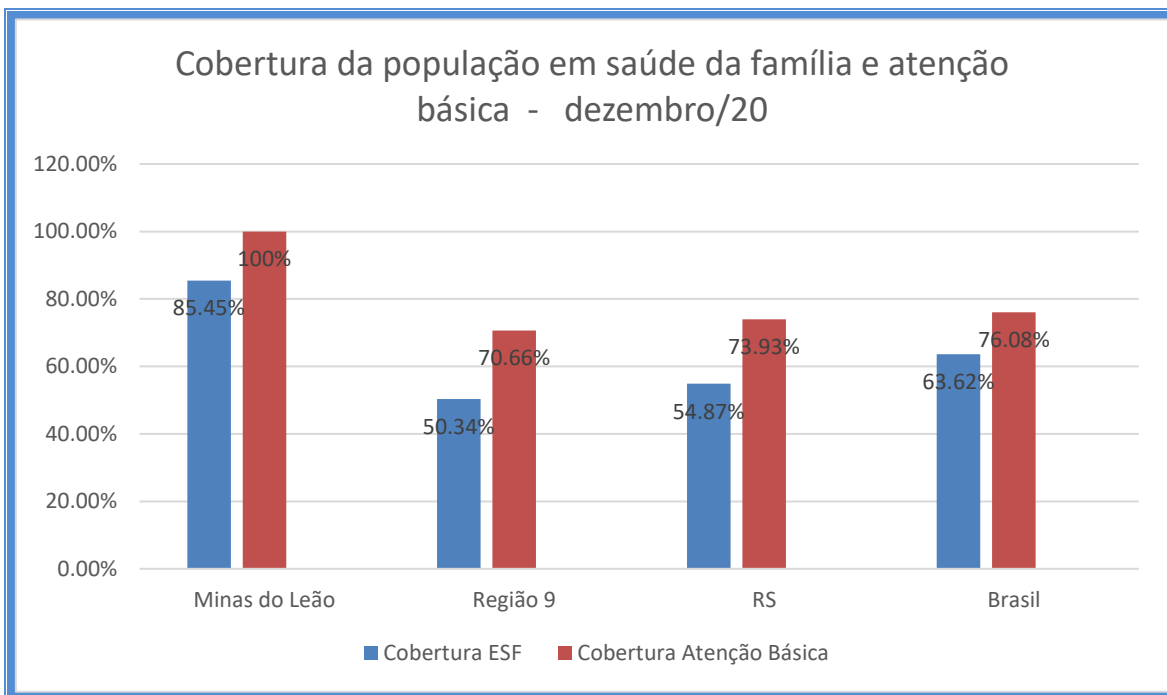
Nº equipes que aderiram ao programa 104

#### **Programa Saúde na Escola**

Nº de escolas pactuadas 4.377

Nº de equipes 2.451

Fonte: SES/RS.



Fonte: E-Gestor

A previsão da Gestão Municipal para o próximo quadriênio, em APS, se evidencia na implantação de uma Estratégia de Saúde da Família no Bairro Coréia, fazendo assim a cobertura de uma população que se encontra mais afastada de outros postos de saúde municipais e realizando o acompanhamento mais específico e direcionado a população que, devido a instalação da empresa de Central de Resíduos em seu bairro, sempre foi motivo de um maior cuidado da Rede Municipal de Saúde e alcançando também assim, 100% da cobertura de ESF no município, como legítimo modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso da população ao SUS.

#### 4.2-SAÚDE BUCAL

O RS possui 372 municípios com **equipes de Saúde Bucal (eSB)**, totalizando 1.028 equipes vinculadas às equipes de APS em suas diferentes modalidades (a maioria eSF), possibilitando a ampliação do acesso da população aos profissionais e práticas da Saúde Bucal. Estas equipes respondem pelo cuidado em todos os ciclos de vida: criança, adolescente, adulto e idoso. Cada eSB representa a cobertura populacional de 3.450 pessoas. A cobertura estimada pelas equipes básicas de saúde bucal é de 44,62% (dados de maio de 2020).

As ações da eSB incluem estratégias de educação em saúde; articulação entre escola e unidade de saúde; atenção à gestante a ao pré-natal; atenção às doenças crônicas; atenção aos pacientes com HIV/Aids e Hepatites virais; atenção à pessoa com deficiência; e detecção de alterações em tecidos moles e/ou duros da cavidade oral a fim de estabelecer hipótese diagnóstica do câncer de boca.

Ministério da Saúde MS

Secretaria de Atenção Primária à Saúde SAPS

Departamento de Saúde da Família DESF

#### **Cobertura da Saúde Bucal**

Unidade Geográfica: SUL - RS - MINAS DO LEÃO

Período: dezembro de 2020.

Nº						Estim.	
eSFSB	Nº EABSB	CH	Nº ESFSB	Estim. Pop.	Cobertura	Pop. Cob.	Cobertura
Cob.	Param.	Dentista	equivalente	Cob. ESFSB	ESFSB	SB AB	SB AB
2	0	0	0	6.900	85,44	6.900	85,44%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica

A atenção secundária e terciária em Saúde Bucal no RS atende ao modelo de georreferenciamento, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

Os casos do Município, de serviços especializados, são referenciados para o Hospital da PUC de Porto Alegre. Com o início dos trabalhos das equipes de ESFSB e a instalação de Um Consultório Odontológico no Posto de Saúde da Família no Bairro Recreio onde contam com a equipe de saúde bucal, inicia um serviço mais direto com a população visando uma maior abrangência e solução no setor.

Na atenção terciária, o estado realiza atendimento odontológico em nível hospitalar em pacientes **portadores de deficiência no Hospital Bom Pastor em Igrejinha**, que atende a região Metropolitana, inclusive o Município de Minas do Leão. O estado também é responsável pelo atendimento hospitalar em cirurgia bucomaxilofacial em todas as regiões.

#### 4.3-ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Criada pela Portaria GM/MS Nº 3.088/2011, consolidada na Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03/2017, tem objetivo de 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 do RS, norteado pelos princípios e diretrizes da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, tendo como marco legal a Lei Estadual Nº 9.716/1992.

O Grupo Condutor Estadual da RAPS/Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, foi criado pela Resolução CIB/RS Nº 592/2013 e tem como atribuições elaborar o diagnóstico da RAPS do RS, orientar e acompanhar o processo de elaboração e pactuação do Plano de Ação Estadual da RAPS (a partir dos Planos de Ação Regionais), bem como acompanhar a implementação dos Planos de Ação Regionais e Estadual da RAPS.

Sobre a **implantação da RAPS** (Rede de Atenção Psicossocial) **no RS**, a linha de cuidado em saúde mental conta com todos os dispositivos previstos na legislação federal, dentre eles os CAPS, as Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil (UAa e UAij), os SRT (serviço residencial terapêutico) e os Leitos de Saúde Mental Integral em Hospital Geral, que recebem cofinanciamento estadual, e as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT). Além desses, conta com dispositivos exclusivos da RAPS no RS: no componente AB, possui os NAAB, as Oficinas Terapêuticas (OT), as Composições de Redução de Danos (RD) e os Acompanhantes Terapêuticos (AT).

**Considerando a APS como ordenadora do cuidado**, é importante que a linha de cuidado em saúde mental conte com diferentes dispositivos para potencializar o cuidado em saúde mental no território. **Em 2019, de acordo com dados do sistema e-SUS, 16% dos casos atendidos na APS foram referentes a questões de saúde mental, álcool e outras drogas.** Considera-se um desafio qualificar a rede básica para melhor identificação e atendimento integral das questões de saúde mental, uma vez que grande parte da população apresenta algum grau de sofrimento e acessa esse nível de atenção. Nas situações em que é identificada necessidade de atendimento especializado em saúde



mental, os usuários são direcionados para o cuidado compartilhado com dispositivos de maior complexidade.

Em relação ao **acolhimento transitório dos usuários de álcool e outras drogas**, dos 20 municípios com mais de 100.000 habitantes, que teriam critério populacional para habilitar **Unidades de Acolhimento (UA)**, apenas cinco possuem esse serviço (25%). Por outro lado, Venâncio Aires, com cerca de 70.000 habitantes, possui uma UAij habilitada. O estado possui seis UAs habilitadas e nove receberam verba de implantação em 2019. A área técnica de saúde mental e as CRS têm acompanhado e monitorado as 922 vagas em Comunidades Terapêuticas (CT) contratualizadas pelo Edital N° 01/2017, através de um Grupo de Trabalho criado com tal finalidade. Esse grupo se propõe a avaliar e monitorar a efetiva ocupação das vagas e a qualidade do serviço ofertado, buscando otimizar os recursos estaduais e minimizar as violações de direitos relacionados ao acolhimento nessas instituições.

Os processos de desinstitucionalização também são um desafio, uma vez que apenas 9 municípios possuem **serviços residenciais terapêuticos (SRT)** habilitados, totalizando 46 em funcionamento. Grande esforço tem sido feito para ampliar o número de SRTs nos municípios, resultando no recebimento de verba de implantação por seis municípios no segundo semestre de 2019, além da habilitação de um SRT pelo MS. Além disso, um dos Projetos Prioritários do Governo é promover a desinstitucionalização dos usuários moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro e do Hospital Colônia Itapuã, através da implantação de SRTs no território.

O estado possui **1.297 leitos de saúde mental integral** em hospitais gerais e **741 leitos em hospitais psiquiátricos**, o que representa índice de 0,18 leitos/1.000 habitantes. A qualificação dos leitos de saúde mental integral em hospitais gerais tem ocorrido por meio de monitoramento, da implementação da equipe e estrutura mínima prevista na Resolução CIB/RS N° 271/2019 e de estratégias de educação permanente das equipes, com vistas a qualificar o atendimento e diminuir as dificuldades de atendimento e as restrições de acesso muitas vezes impostas pelos estabelecimentos.

A criação de **unidades específicas para atendimento de crianças e adolescentes** foi uma das estratégias adotadas para superar um dos obstáculos encontrados que diz respeito a internações por TMC para alguns grupos populacionais específicos, como crianças, adolescentes ou gestantes.

A **RAPS-Escola** é o dispositivo de educação permanente em saúde mental, promovendo espaços de formação, qualificação e educação continuada aos profissionais da rede, com vistas ao fortalecimento da RAPS em todos os seus pontos de atenção e cuidado em saúde mental, se constituindo, também, como espaço formador de trabalhadores para o SUS na lógica da atenção psicossocial, inclusive por meio de inserção de acadêmicos, residentes, entre outros.

Para o cuidado da saúde mental no município contamos com vários projetos:

**NAAB** - (Núcleo de Apoio a Atenção Básica) que é constituído por profissionais de diferentes áreas, onde atuação em parceria com os Agentes Comunitários de Saúde que desde 2016, cobrem 100% da população, o CRAS, a Unidade Básica de Saúde, o Conselho Tutelar e o PIM, através de apoio matricial às equipes, tendo o compromisso de ações de promoção à saúde no município, trabalhando em rede de saúde com reuniões mensais

envolvendo também a educação, assistencial social, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Tutelar e Secretaria de Obras. . O propósito é de ampliar o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, a fim de incrementar a qualidade dos serviços da rede encaminhando os casos mais graves, quando necessário. Tem ainda como objetivo acompanhar os usuários e atuar junto aos serviços já existentes no município.

Realiza 48 grupos por ano envolvendo um total de 432 participantes.

E ainda exclusivamente para os dependentes químicos foi criado o AFADA:

#### **AFADA** - (Atendimento às famílias de dependentes químicos e alcoolistas)

Grupo criado em 2014 para atuar junto às famílias de alcoólicos e dependentes químicos em uma força conjunta entre Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde e Secretaria de trabalho, Cidadania e Assistência Social com o Objetivo específico de apoiar as famílias, orientar e acompanhar os usuários desde a internação até o momento da alta e reincersão social no município.

Metodologia: Semanalmente, acontece uma reunião a noite no Centro de Apoio Cuidando com Carinho, onde os usuários, familiares ou pessoas em tratamento conversam em grupo, compartilhando experiências e mensagens de motivação. A ESF também participa da reunião, as médicas cubanas organizam palestras informativas sobre os danos causados por álcool e outras drogas.

No Centro de Apoio Cuidando com Carinho, são realizados os encaminhamentos para internação, tratamento e acompanhamento de psicólogo, psiquiatra, assistente Social, representantes da sociedade e familiares. O Governo do Estado do Rio Grande do Sul disponibilizada vagas para tratamento e desintoxicação, através da Central de Regulação de Leitos.

Para a concretização dessas propostas temos o apoio financeiro da Prefeitura.

#### **ESPERANÇA** - (Atendimento com Psiquiatra na UBS)

O paciente é encaminhado pela Estratégia de Saúde da Família após avaliação inicial. O grupo SOLVI da empresa CRVR de Minas do Leão financia o projeto que tem como objetivo principal suprir a demanda reprimida de pacientes psiquiátricos que apresentam transtornos mentais, alimentares, de ansiedade, de personalidade, delirantes, dissociativos, do sono ou emocionais. Busca assim também reduzir o uso de anti psicóticos.

**CUIDANDO COM CARINHO** - Constitui-se em um conjunto de atividades práticas para os idosos residentes na cidade de Minas do Leão. As atividades corporais, artesanais, recreativas e culturais são características preponderantes para este trabalho.

Tem como finalidade estimular a participação ativa e dinâmica da comunidade idosa, buscando minimizar o estigma a que sempre estão submetidos e a valorizar as potencialidades de cada participante.

Para a realização do projeto busca-se um trabalho interdisciplinar (Psicologia, Medicina Clínica, Nutrição, Enfermagem, Arte corporal, manual e intelectual, jogos . . .), onde cada segmento contribui para o enriquecimento e a valorização dessa iniciativa, com aplicação dos conhecimentos específicos de cada área.

Acreditando nessa proposta de atuação e nas potencialidades dessa clientela, a Prefeitura Municipal de Minas do Leão vêm desenvolver um programa de atividades físicas, artísticas, psicológicas e de ações recreativas que atenda todo o município e, têm como meta proporcionar o bem-estar físico, social e emocional dos participantes e que favoreça a descontração, momentos de liberação, de cooperação, de interação, de criatividade e de



aquisição de conhecimentos, contribuindo em muito para a vida em grupo e um aumento de idade mais saudável.

Eles seguem o seguinte cronograma fixo:

2ª feira – Jogos variados que estimulem o cérebro e dança de zumba;

3ª feira – Atendimento da área da saúde: nutricionista, psicóloga, enfermeira, verificação de pressão e HGT;

4ª feira – Artesanato

5ª feira – Exercícios na academia com acompanhamento do profissional de educação física

6ª feira – Expressão corporal: canto e dança de zumba

O custeio do programa pertence à Prefeitura Municipal de Minas do Leão.

O projeto técnico para aderir ainda em 2021 a uma Equipe **MULTIPROFISSIONAL ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL (AMENT)** em nosso Município, visa a contribuição da área da saúde mental para o desenvolvimento de uma conscientização a respeito do que integra o complexo do processo de saúde e doença mental, trazendo um atendimento adequado, propiciando um cuidado específico, melhor qualidade de vida, e conscientização da comunidade e das autoridades a respeito da necessidade de se implantar um serviço estruturado e permanente de atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais e à população em geral. No ambulatório de saúde mental, é possível desenvolver essa clínica cuja direção inclui o sujeito no centro do cuidado.

Com base nos indicadores constantes do projeto, que precisam ser trabalhados e com os objetivos traçados, a AMENT ofertará uma amplitude, desde espaço físico quanto a socialização da pessoa com problemas mentais, potencialização do acesso aos serviços de saúde ao aumentar a adesão ao tratamento. Para esse acompanhamento dentro do território, além dos problemas sistemáticos constatados pelas equipes, devido a pandemia causada pelo coronavírus (COVID 19), denominado SARS-CoV-2, houve uma alta procura de paciente com depressão e transtornos de ansiedade pós-doença e pacientes com muitas perdas de familiares, além da situação financeira precária de muitas pessoas que perderam seus empregos e se encontram numa situação vulnerável.

#### **4.4-ATENÇÃO MATERNO-PATERNAL-INFANTIL**

Visa dispor de fluxo adequado para o atendimento ao planejamento sexual e reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e primeira infância, com o objetivo de qualificar a assistência e reduzir as taxas de mortalidade materna, infantil e fetal, e proporcionar acesso do homem aos serviços de saúde.

Em nível federal, está vinculada à Rede Cegonha, estratégia do MS e na qual mulheres, homens, recém-nascidos e crianças têm direito ao acesso ampliado, acolhimento e ao pré-natal de qualidade (BRASIL, 2011).

Em âmbito estadual, articula-se ao PIM e a outros cofinanciamentos estaduais, como: Ambulatório de Gestante de Alto Risco (AGAR), Incentivo ao Alto Risco Hospitalar e Regionalização do Parto e Nascimento, bem como os Ambulatórios de Seguimento de Egressos.

Compõem a Rede Materno-Paterno-Infantil ações da **Política Estadual de Atenção Integral a Saúde do Homem (PEAISH)**, definida na Resolução CIB/RS N° 236/2014, que vem incentivando os municípios a implementarem a PEAISH com ações de prevenção e promoção de saúde, principalmente com medidas de APS que evitem as internações por condições sensíveis a AB. Nesse sentido, 109 municípios já aderiram à política. A SES/RS

trabalha junto às 19 CRS para que até o ano de 2022 metade dos 497 municípios gaúchos implementem a PEAISH.

Os homens vivem, em média, sete anos a menos do que as mulheres, e tendem a buscar atendimento em saúde somente quando as comorbidades os impedem de realizar atividades regulares. Nesse sentido, um desafio a ser concretizado é a aproximação da população masculina às unidades de saúde, a fim de promover o cuidado e autocuidado.

No município também temos como principal causa de morte do homem de 2016 a 2019 as doenças do aparelho circulatório com 45 mortes, seguida por doenças de neoplasias, com 39 mortes.

Para este cuidado, o Município investe no “Agosto Azul” trazendo palestrantes, distribuindo material informativo e incentivando o cuidado.

São realizados acompanhamentos com nutricionistas no cuidado com a diabetes, obesidade, com psicóloga nos trabalhos em grupo de tabagismo, realizadas palestras incentivando a alimentação saudável e rastreamento com exames PSA, realizados no município.

A **atenção ao pré-natal** na APS tem por objetivo acolher as gestantes precocemente, assegurando o bem-estar materno, paterno e neonatal e favorecer a interação entre profissional de saúde, gestante e sua família, contribuindo para o estabelecimento do vínculo com o serviço de saúde.

Oferecemos consulta mensal com ginecologista, consulta de enfermagem, acompanhamento pelas ACS e pelo PIM. Periodicamente acontecem os grupos de gestante. Ecografia, quando baixa renda, o município paga. Exames laboratoriais são realizados todos pelo SUS.

<b>Mortalidade - Rio Grande do Sul</b>			
<b>Óbitos p/Residência por Capítulo CID-10 e Sexo</b>			
<b>Município: 431225 Minas do Leão</b>			
<b>Período:2016-2019</b>			
<b>Capítulo CID-10</b>	<b>Masc</b>	<b>Fem</b>	<b>Total</b>
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8	3	11
II. Neoplasias (tumores)	39	25	64
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5	13	18
V. Transtornos mentais e comportamentais	3	-	3
VI. Doenças do sistema nervoso	3	2	5
IX. Doenças do aparelho circulatório	45	40	85
X. Doenças do aparelho respiratório	15	17	32
XI. Doenças do aparelho digestivo	7	11	18
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	-	3	3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6	3	9
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	2	-	2
XVII. Malf. cong. Deformid. e anomalias cromossômicas	2	-	2
XVIII. Sint. sinais e achad Anorm ex clín e laborat	10	7	17
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	14	3	17
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>127</b>	<b>286</b>

Sobre a atenção especializada e hospitalar da rede materno-paterno-infantil, atualmente existem 12 **Ambulatórios de Gestação de Alto Risco (AGAR)** habilitados no RS. Entretanto, conforme análise das necessidades de saúde e os parâmetros do AGAR faz-se necessária a ampliação/implantação de ambulatórios nas seguintes CRS: 1<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup> e 19<sup>a</sup>.

Nas CRS que não possuem AGAR, as solicitações de consultas para gestação de alto risco são reguladas para os serviços de Porto Alegre. Essa situação não é a ideal, visto que estes serviços não estão dimensionados para estes atendimentos. Salientam-se, ainda, entraves adicionais em relação aos AGAR: dificuldade no monitoramento do trabalho executado pelos ambulatórios; existem poucas referências para a medicina fetal; o período de espera para o acesso ao serviço é longo; as gestantes devem percorrer longas distâncias para realização da consulta em Porto Alegre; e não há previsão orçamentária para novas habilitações.

Quanto aos **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 desta população. Do total de 15 ambulatórios existentes no estado, 13 possuem habilitação estadual e são referência para todos os municípios.

#### **4.5-ATENÇÃO à PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Trata-se a deficiência 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, 2007). A atenção à pessoa com deficiência no SUS está amparada pela Portaria de Consolidação Nº 3/2017, Anexo VI.

De acordo com os métodos utilizados no Censo Demográfico em 2010, o total de pessoas com deficiência residentes no Brasil representava **23,9% da população brasileira**, isto é, os indivíduos ou seus representantes que responderam afirmativamente pelo menos uma das deficiências investigadas dentre as opções de resposta: *Alguma dificuldade/Muita dificuldade/ Não consegue de modo algum*.

Porém, de acordo com a Nota Técnica IBGE Nº 01/2018, que trata da releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo à luz das recomendações do Grupo de Washington, identifica-se como pessoa com deficiência apenas os indivíduos que responderam ter *Muita dificuldade* ou *Não consegue de modo algum* em uma ou mais questões do tema apresentadas no questionário do Censo 2010, **o que corresponde a 6,7% da população total**.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) contempla os seguintes componentes:

AB, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Os pontos de atenção no nível secundário e terciário da rede, Serviços de Modalidade Única em Reabilitação ou Centro Especializado em Reabilitação (CER), devem estar articulados aos demais pontos da RAS, mediante regulação do acesso, garantindo-se a integralidade da linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades de saúde das pessoas com deficiência. No âmbito da Atenção Especializada, a rede é composta por 89 serviços de reabilitação, sendo 13 CER e 3 Oficinas Ortopédicas e a meta é ampliar esse quantitativo para 97 serviços no estado. Dos serviços existentes, 17 são referência para a reabilitação auditiva, 15 para a reabilitação física e 6 para a reabilitação visual.

Fazem parte dos componentes da Rede de Atenção em Saúde das Pessoas com Deficiência a Reabilitação Física, a Auditiva, a Visual e a Intelectual.

**Tabela por tipo, serviço e Referência de Minas do Leão**

Tipo	Serviço	Referência
Reabilitação Visual	Consultas	Camaquã (Estado) E São Jerônimo (SISREG) Municipal 20%(Óculos) POA (GERCON)
Reabilitação Física	Cadeira de roda, andador, muletas, espalmeiras, ...	AACD e GERCON
Reabilitação Auditiva	Consultas e próteses	São Jerônimo (SISREG) Porto Alegre (GERCON)
Reabilitação Intelectual	Consultas	Charqueadas (SISREG) Porto Alegre (GERCON)

#### **4.6-ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS**

Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas e são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração, além de curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades (BRASIL, 2013). A RAS das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS foi instituída pela Portaria MS Nº 252/2013 e redefinida pela Portaria MS Nº 483/2014, que também estabelece as diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

O modelo de atenção à saúde preconizado pelo RS é o MACC, formulado por Mendes (2012), que tem como pressuposto o autocuidado apoiado de uma população ativa e informada, considerando os determinantes sociais da saúde e a pirâmide de risco populacional para um cuidado mais equânime. Os usuários acessam o serviço através do referenciamento pelas unidades de saúde da AB dos municípios da região, sendo atendidos por uma equipe multiprofissional composta por cinco especialidades médicas (cardiologia, endocrinologia, angiologia, nefrologia e oftalmologia), profissionais de enfermagem, psicologia, farmácia, nutrição, serviço social, educação física e fisioterapia.

Na lógica da RAS, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Assim, advindos das necessidades identificadas no PRI e projeto de governo de regionalização e organização das redes, encontram-se as **especialidades de média complexidade** com um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve tecnologia, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde.

Neste contexto, priorizaram-se as especialidades de oftalmologia, cirurgia geral (parede abdominal e anexos), urologia, gastroenterologia, vascular, proctologia, ginecologia e

otorrinolaringologia para a regionalização e organização da atenção de média complexidade através da pactuação em CIR e CIB das referências para as especialidades citadas, que em nosso município são encaminhados para São Jerônimo.

Conforme informações do setor municipal foram pactuados um número de vagas e agora estamos com pouquíssimas ofertas e que o fato se deve a pandemia. Esperamos que nos próximos meses volte à normalidade.

Além de estar associado às neoplasias malignas dos órgãos respiratórios, **o tabagismo** é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de outras DCNT, como doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas.

Devido a essa situação a SES/RS desenvolve o **Programa Estadual de Controle do Tabagismo**.

De acordo com dados do SIM, em 2018, o **RS foi o estado brasileiro com a maior taxa de óbitos por neoplasia maligna dos órgãos respiratórios**. Enquanto no Brasil a média de óbitos é de 16,96, no RS esse número chega a 35,10.

O Programa do Tabagismo no RS segue os protocolos do INCA e do MS. De acordo com o atual Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo o tratamento é realizado por profissionais de nível superior previamente capacitados/habilitados e os atendimentos podem ser feitos nas modalidades em grupo ou individual. O tratamento para cessação do tabagismo consiste no aconselhamento terapêutico estruturado/abordagem intensiva e na oferta, quando necessário, do tratamento farmacológico. **É totalmente gratuito e ofertado nas Unidades Básicas de Saúde, nos CAPS e na Atenção Especializada.**

A meta é expandir a rede de tratamento do tabagismo no SUS, ou seja, ampliar o número de municípios com o Programa do Tabagismo implantado e implementado. As ações para o alcance da meta estão centradas no investimento em capacitações aos profissionais da rede pública de saúde e também na sensibilização da comunidade em geral especialmente através das campanhas do dia Nacional de Combate ao Fumo e do Dia Mundial sem Tabaco.

Conforme a responsável pelo programa no município, a psicóloga Fernanda Costa Araújo, tiveram que mudar protocolos de atendimento, nos últimos dois anos, devido a pandemia da Covid 19 e também realizar atendimentos individuais, respeitando a segurança do paciente e a diretriz do tratamento. O programa está sendo eficaz, aderimos o tratamento no que consiste seus objetivos terapêuticos e farmacológicos, quando necessário.

A prevalência de **excesso de peso** estimada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013), quanto à análise da população adulta, estimou que 56,9% da população brasileira apresentou excesso de peso, com o IMC igual ou maior do que 25 kg/m<sup>2</sup>, com maior prevalência do sexo feminino (58,2%).

No RS, dados do SISVAN (2019), evidenciam que 72,15% dos indivíduos adultos acompanhados pela APS apresentam excesso de peso, sendo 33,06% com sobrepeso e 39,09% já com algum grau de obesidade. Entre a população idosa, a taxa de sobrepeso é de 59,05%.

As Portarias GM/MS N<sup>o</sup> 424/2013 e Portaria GM/MS N<sup>o</sup> 425/2013, a SES/RS organizou a **Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO)** em todo o território do RS, pactuada através da Resolução CIB/RS N<sup>o</sup> 589/04; com atualização das referências pela Resolução CIB/RS N<sup>o</sup> 564/17 e Resolução CIB/RS N<sup>o</sup> 205/18.

Nesta construção, apontamos os componentes que integram a LCSO, bem como, as ações desenvolvidas no âmbito da APS, da Atenção Especializada e Sistemas de Apoio/Sistemas Logísticos (Assistência Farmacêutica, Transporte Sanitário). No âmbito da Atenção Especializada existem sete serviços habilitados na Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, sendo quatro na Macrorregião de Saúde Metropolitana, dois na Macrorregião de Saúde Missioneira e um na Macrorregião de Saúde Serra.



Cabe ressaltar que a efetivação da habilitação não está na total governança do estado, dependendo também, do serviço manifestar e manter o interesse pela habilitação e do MS ao qual, tratando-se de habilitação federal, cabe a análise final do pleito e a decisão pela habilitação.

A Nefrologia é uma especialidade clínica focada nas doenças renais e uma delas é a **Doença Renal Crônica (DRC)**, que está inserida no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT do MS.

A organização, o funcionamento e o financiamento do cuidado da pessoa com DRC no âmbito do SUS são regidos pela Portaria GM/MS Nº 1.675/2018, Portaria GM/MS Nº 3.415/2018 e Portaria GM/MS Nº 3.603/2018. Os recursos financeiros para esses procedimentos são federais e advindos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), sendo repassados de acordo com a produção apresentada.

No RS existem 63 serviços habilitados para o atendimento em TRS pelo SUS, sendo 27 em estabelecimentos privados, estando distribuídos 25 na Macrorregião Metropolitana, 10 na Centro- Oeste, 7 na Sul, 6 na Norte, 5 na Vales, 5 na Serra e 5 na Missioneira.

As **doenças cardiovasculares** constituem a **maior causa de mortalidade e morbidade no Brasil nas últimas décadas**. Em 2019, 9,6% das internações hospitalares foram decorrentes de doenças cardiovasculares, sendo a causa mais frequente de óbitos, responsável por 2.283 mortes, representando 25,8% do total no Sistema de Informação sobre Mortalidade.

As ações na área cardiovascular são regidas pela Portaria MS Nº 210/2004 e Portaria MS Nº 1.631/2015, onde são definidos os parâmetros populacionais, tipos de unidades de assistência, requisitos para a habilitação, produção mínima exigida e outros parâmetros.

A Rede Estadual de Alta Complexidade Cardiovascular encontra-se adequada à atual legislação, contando com 19 unidades distribuídas geograficamente, sendo sete delas Centros de Referência.

Distribuição da Rede Estadual de Alta Complexidade Cardiovascular, Macro Metropolitana, Região de Saúde 9, 2019

CIRURGIA CARDIOVASCULAR	PROCEDIMENTO INTERVENC	CIRURGIA VASCULAR	PROCEDIMENTO ENDOVASC	LAB. DE ELETROFISIOLOGIA	CENTRO DE REFERENCIA*
IC-FUC	IC-FUC	IC-FUC	IC-FUC	IC-FUC	IC-FUC
HSL/PUCRS	HSL/PUCRS	HSL/PUCRS	HSL/PUCRS	HSL/PUCRS	HSL/PUCRS
ISCMPA	ISCMPA	ISCMPA	ISCMPA	ISCMPA	ISCMPA
HCPA	HCPA	HCPA	HCPA	HCPA	HCPA
HNSC	HNSC	HNSC	HNSC		
		HCR			

A **Rede de Atenção ao Paciente Oncológico** encontra-se constituída pela Atenção Básica, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Especializada Hospitalar e Sistemas de Apoio constituídos pelas Centrais de Regulação, Logística, Governança e Dispensação de Medicamentos.

De acordo com o INCA, o número estimado de **casos novos de câncer no Brasil é superior a 600 mil casos e será responsável por mais de 200.000 mortes/ano**.

No RS, a estimativa de casos novos, para o ano de 2020, é de 46.060, número inferior ao biênio 2018-2019 que era de 54.600 casos.

Segundo os dados do Painel de Oncologia do MS, o RS teve, no ano de 2019, 39.504 casos diagnosticados de câncer, índice superior aos anos de 2017 (14.906 casos) e de 2018 (23.486 casos).

Esta redução inesperada pode ser, em parte, explicada por insuficiência de registros fidedignos dos casos, tanto nos registros hospitalares de câncer quanto no registro de câncer de base populacional.

A Rede Estadual de Assistência em Oncologia possui 30 Unidades Hospitalares habilitadas, sendo o Hospital de Caridade de Ijuí, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA) classificados como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON's) e as demais como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON's), conforme a Figura 73.

Distribuição das referências hospitalares para tratamento dos cânceres de cabeça e pescoço (câncer bucal) e do SNC, por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2019.

MACRORREGIAO	REGIAO DE SAUDE	CABECA E PESCOCO (BUCAL)	SISTEMA NERVOSO CENTRAL
<b>METROPOLITANA</b>	R9	HCPA ISCMPA HSL/PUCRS HNSC	HCPA ISCMPA HSL/PUCRS HNSC
<b>VALES</b>	Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão e São Jerônimo da R9	Hospital Ana Nery* - Santa Cruz do Sul	

Da página 133 a 141 do PES RS, foi feita uma extensa explanação sobre toda a linha de cuidado com esse tópico, sendo um ótimo material para pesquisa e fonte de informação. Mas, concluindo que em Oncologia ainda carecemos da execução sistemática de procedimentos de rastreamento e de detecção precoce, além de exames diagnósticos especializados, estando, predominantemente, organizada nas unidades habilitadas de Oncologia, com foco nos tratamentos cirúrgicos e quimioterápicos.

O Plano de Ação Estadual em Oncologia, publicado em 2016 (Resolução CIB/RS Nº 039/2016) e atualizado em 2018 (Resolução CIB/RS Nº 163/2018), foi construído de acordo com a Portaria MS Nº 140/2014. Com a publicação da Portaria SAES/MS Nº 1.399/2019, com novos parâmetros mínimos de produção, recursos humanos, necessidade de atualização de referenciamento de determinadas especialidades, fez-se necessária a revisão e atualização do Plano Estadual de Oncologia, para adequação a nova norma ministerial. Atualmente, um grupo de trabalho composto por representações de diferentes departamentos da SES/RS trabalha na revisão dos parâmetros assistenciais e nas referências em tratamento de câncer no RS, bem como na identificação das maiores necessidades e vazios assistenciais existentes.

A Rede Hospitalar Estadual de **Assistência ao Paciente Neurológico** é composta de Serviços/Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia, Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia e Serviços de Assistência em Média Complexidade: a Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC).

A Assistência de Alta Complexidade e a Linha de Cuidados em AVC tem como legislação a Portaria MS Nº 756/2005 e as Portarias de Consolidação/MS Nº 03/2017 e Nº 06/2017, respectivamente. O RS possui 18 serviços habilitados de alta complexidade com referências territoriais nas sete macrorregiões, aprovados pela Resolução CIB/RS Nº 306/2018. Também nesta resolução, foi pactuada a interação dos serviços de Alta Complexidade com



os 21 serviços habilitados como Linha de Cuidados em AVC, presentes nas Macrorregiões Metropolitana, Serra, Norte e Missioneira.

As **Unidades/Serviços de Assistência de Alta Complexidade** em Neurologia e Neurocirurgia realizam assistência para tratamentos de casos de Trauma e Anomalias do Desenvolvimento, Coluna e Nervos Periféricos, Tumores do Sistema Nervoso, Neurocirurgia Vascular e Neurocirurgia da Dor e Funcional. Como **Centros de Referência de Alta Complexidade** em Neurologia e Neurocirurgia para o tratamento de **Epilepsia** e de **Cirurgia Endovascular, para a região 9**, são habilitados o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o Hospital São Lucas da PUCRS (HSL/PUCRS), a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA) e o Hospital Cristo Redentor (HCR). O Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo também é habilitado como Centro de Referência em Cirurgia Endovascular, com abrangência territorial para as Macrorregiões Norte e Missioneira.

Como Centros de Referência em Neurocirurgia Estereotáxica, método minimamente invasivo de cirurgia cerebral, são habilitados o HCPA, o HSL/PUCRS e a ISCOMPA para atender toda a população gaúcha.

Quanto a **Linha de Cuidados em AVC**, o RS possui 21 hospitais habilitados, sendo 16 localizados na Macrorregião de Saúde Metropolitana (nas R4, R5, R7, R8 e R10)

A Portaria MS Nº 90/2009 define a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em **Traumatologia e Ortopedia** e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade, além de estabelecer os critérios para habilitação das Unidades junto ao MS. A Rede Estadual de Assistência em Alta Complexidade de Traumatologia e Ortopedia do RS é composta por 25 Unidades Hospitalares Habilitadas pela Portaria MS Nº 90/2009. Em 2010, a Resolução CIB/RS Nº 112/2010 aprovou as referências a essas Unidades, incluindo todos os municípios do estado, e em 2019, com a Resolução CIB/RS Nº 202/2019, habilitou o Hospital São Carlos de Farroupilha como unidade de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, tendo uma ampliação de acesso aos residentes da Macrorregião de Saúde Serra. Das 25 Unidades, 22 são habilitadas como **Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia** e três como **Centro de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia**.

Dentro desses seguimentos, temos as três modalidades de serviços (**STO, STOP E STOU**) e todos os municípios do estado possuem referência em alta complexidade nas três modalidades pactuadas em CIB.

A Resolução CIB/RS Nº 412/13 institui os Serviços Integrados de Atenção Especializada Ambulatorial. As Unidades que recebem esse incentivo estadual possuem as referências na especialidade de Traumatologia e Ortopedia pactuadas em resoluções CIB específicas. Mas o estado não possui ambulatórios em todas as regiões de saúde, tendo assim municípios sem referência pactuada em CIB para a especialidade na média complexidade, mas muitos municípios possuem referências estabelecidas em contratos (municípios de gestão plena) ou em CIR.

Considera-se **doença rara** aquela que afeta até 65 pessoas/100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas/2.000 indivíduos. O número exato de doenças raras não é conhecido, estimando-se que existam entre 6.000 a 8.000 tipos diferentes em todo o mundo, sendo que 80% delas decorrem de fatores genéticos e as demais advêm de causas ambientais, infecciosas, imunológicas, entre outras. Muito embora sejam individualmente raras, como um grupo elas acometem um percentual significativo da população, o que resulta em um problema de saúde relevante (BRASIL, 2019). Conforme o MS, as condições raras (como também são chamadas as doenças raras) afetam mais de 13 milhões de brasileiros, ou seja, eles possuem alguma das cerca de oito mil doenças raras já catalogadas.

O RS foi precursor do atendimento aos raros sendo um dos oito primeiros estabelecimentos do país a possuir um Serviço de Referência em Doenças Raras. Somente no final de 2019, novos serviços foram habilitados e, atualmente, existem 17 estabelecimentos distribuídos pelo país. O RS possui um Serviço de Referência em Doenças Raras, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), habilitado conforme a Portaria MS Nº 3.253/2016, para atendimento aos indivíduos com Doenças Raras de origem genética de todo o estado.

#### **4.7-ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR**

A atenção especializada a travestis e transexuais está prevista na Portaria de Consolidação Nº 2/2017, que redefine e amplia o **processo transexualizador** no SUS. O processo transexualizador garante a travestis, mulheres e homens transexuais o cuidado necessário para a transição de gênero.

No RS, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é o único serviço habilitado pelo MS de atenção ao processo transexualizador.

Em relação ao processo transexualizador, os encaminhamentos se dão a partir das UBS dos municípios cadastrados no sistema GERCON e gerenciados pela regulação estadual (exceto Porto Alegre, que possui regulação própria para esta especialidade).

#### **4.8-ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)**

O estado do RS possui 80 serviços para atendimento ao usuário **HIV/Aids** no que compete à Atenção Secundária em Saúde e 69 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), buscando facilitar o acesso da medicação aos usuários, nas 30 Regiões de Saúde. O estado avançou com o processo de Regionalização do Atendimento ao usuário HIV/Aids, que consiste em definir fluxos e responsabilidades no atendimento regional ao usuário HIV/Aids, alcançando sete Regiões de Saúde (R8, R9, R11, R13, R14, R26 e R28) com referências de atenção secundária.

Nos últimos anos, a fim de promover a ampliação da rede de diagnóstico de HIV e Sífilis nos três níveis de atenção, todos os municípios do estado foram capacitados para realização de Teste Rápido (TR). Os profissionais dos municípios foram qualificados para a realização de acolhimento, aconselhamento, testagem e diagnóstico para HIV e Sífilis, com ênfase nas unidades de saúde que não possuem estrutura laboratorial, tais como unidades básicas, pronto atendimento, unidades prisionais, entre outros. A ampliação da oferta de TR nos serviços de saúde tem impacto importante frente à epidemia, uma vez que oportuniza o diagnóstico e o tratamento precoce, reduzindo a morbimortalidade e a transmissibilidade do vírus.

Para o enfrentamento e eliminação da **Transmissão Vertical (TV) do HIV e da Sífilis Congênita** busca-se reforçar e qualificar estratégias no âmbito da prevenção, assistência, vigilância e tratamento no pré-natal, parto e puerpério.

A necessidade de impacto na redução dos números de TV levou a construção da Nota Técnica Estadual Nº 01/2019, que determina a realização de TR para HIV e Sífilis em 100% das gestantes/parturientes, pais/parceiros, bem como em todas internações e procedimentos ambulatoriais por motivo de abortamento.

As **Hepatites Virais**, dos tipos B e C, que são sexualmente transmissíveis, caracterizam-se como agravos de extrema importância para o cenário epidemiológico gaúcho, especialmente a transmitida pelo vírus C. Em 2019, foram confirmados 5.191 casos de Hepatite C no RS e a taxa de incidência deste agravo no estado, historicamente, é superior à taxa nacional.

Uma das estratégias eficazes para o controle das **Hepatites Virais B e C** é a aplicação dos TR para triagem, determinando o diagnóstico precoce e tratamento adequado. A testagem rápida iniciou no RS em 2012, inicialmente nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e posteriormente foi descentralizada para as unidades de saúde, proporcionando um aumento significativo do quantitativo de TR realizados no estado. Atualmente, 494 municípios gaúchos realizam TR, correspondendo a 99% do total. A ampliação do diagnóstico, através do aumento das testagens rápidas nos serviços de saúde, associada à garantia do tratamento para todos os diagnosticados com Hepatite C, independentemente do grau de comprometimento do fígado, tem elevado o número de pacientes com cura estabelecida.

O RS atua na redução dos casos de TV de Hepatite B através do apoio técnico e distribuição de Imunoglobulina pelos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), do Hospital Sanatório Partenon e do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, em Porto Alegre. Além desta ação, o estado aderiu a recomendação do MS de proporcionar a profilaxia às gestantes com Hepatite B (HBV) através do acesso ao Tenofovir via UDMs.

#### **4.9-ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

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. A RAU está organizada em oito componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas hospitalar e Atenção Domiciliar. As diretrizes da RAU estão definidas nas Portarias de Consolidação GM/MS Nº 03/2017 e Nº 06/2017.

Os Planos de Ação Regional (PAR) têm como objetivo estruturar a RAU, integrando as ações e os serviços nos municípios e regiões para superar a fragmentação existente e proporcionar atendimento resolutivo.

Os Planos são elaborados macrorregionalmente e, atualmente, estão aprovados pelo MS os Planos das Macrorregiões de Saúde Metropolitana, Sul, Centro-Oeste, Serra e Norte enquanto as demais Macrorregiões possuem os Planos aprovados pela CIB/RS e encontram-se em análise pelo MS.

O **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192** tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. Trata-se de um serviço pré-hospitalar podendo ser de três tipos: Unidade de Suporte Básico (USB), Unidade de Suporte Avançado (USA) e Motolância.

O SAMU 192 é acessado através do telefone "192" e acionado por uma **Central de Regulação das Urgências**. No estado, estão implantadas cinco Centrais de Regulação das Urgências: uma municipal (Porto Alegre), três regionais (Bagé, Caxias do Sul e Pelotas) e uma estadual.

Para agilizar o processo de regulação dos chamados ao SAMU, foi disponibilizado aplicativo de celular para todo o RS, denominado "**Chamar 192**", que pretende facilitar o atendimento de pacientes em situação de urgência.

A base central de Minas do Leão é Butiá, pela proximidade. Em geral o atendimento é bom, ocorrendo problemas quando tem uma intercorrência e o SAMU está em outro atendimento. Seria importante termos mais uma unidade para uma maior disponibilidade.

O Município conta com o serviço contratado de uma ambulância de suporte básico com motorista habilitado para o tipo de trabalho e fica à disposição na UBS 24 horas/dia nos sete dias da semana para remoções solicitadas pelo médico plantonista do atendimento no Posto de Saúde.

No **Componente Hospitalar**, as **Portas de Entrada Hospitalares de Urgência** são serviços de atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas ou referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, conforme Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03/2017.

Atualmente, as 30 Regiões de Saúde estão contempladas com esse componente hospitalar.

Nossa referência para casos clínicos de urgência é São Jerônimo. O primeiro atendimento em trauma é HPS e depois o acompanhamento é feito em São Jerônimo. Gestantes, em urgência, também são encaminhadas para São Jerônimo e alto risco para Porto Alegre.

A **Atenção Domiciliar** caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS.

A Atenção Domiciliar é organizada em três modalidades: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) 1 e 2 e Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP). É uma modalidade de atenção substitutiva ou complementar às já existentes. No estado, existem 59 equipes habilitadas (EMAD 1: 40; EMAD 2: 7; EMAP: 12), distribuídas em 15 Regiões de Saúde (R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R14, R21, R22, R23, R25, R26 e R28).

O gestor estadual é responsável pela regulação e logística do processo de **doação e transplantes do rs**. Este se inicia a partir da Notificação Compulsória do Diagnóstico de Morte Encefálica, certificação dos potenciais doadores e efetivação do doador após entrevista familiar. O transplante é uma medida terapêutica cujo objetivo é salvar vidas ou melhorar a qualidade de vida dos pacientes que se encontram na fila de espera para receber um órgão.

O Brasil é o 2º país no mundo com maior número de transplantes, sendo o processo totalmente gerido e realizado pelo SUS. O RS é o 4º estado transplantador por milhão de população no Brasil, sendo destaque e líder para transplantes de pulmão, transplantes renais pediátricos e 2º lugar em transplantes pediátricos de fígado. Nos últimos três anos, houve queda gradual no número de doadores efetivos, sendo que do total de notificações, aproximadamente 30% dos potenciais doadores foram efetivados. Este indicador está relacionado ao aceite das famílias à doação, que atualmente segue uma média de 40% de negativas.

#### **4.10-ESTABELECIMENTOS ESTADUAIS PRÓPRIOS**

O **Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais (DCHE)** foi criado na estrutura da SES/RS como órgão responsável por gerir a estrutura formada por três hospitais: Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), Hospital Sanatório Partenon (HSP), Hospital Colônia Itapuã (HCI) e, também, o Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS). O gerenciamento dessa rede tem o propósito de coordenar e integrar as atividades administrativas, técnicas e pedagógicas de assistência, ensino e pesquisa, com base nos princípios e diretrizes do SUS e as políticas de saúde da SES/RS.

A missão do DCHE é coordenar as ações dos hospitais e ambulatório do estado, com vistas a melhoria dos padrões de atendimento em consonância com a legislação do SUS. Como visão, o DCHE objetiva ser um departamento com gestão integrada, com vistas ao atendimento de excelência a saúde de sua população, assumindo valores como ética, transparência, competência, responsabilidade e compromisso. Nesse sentido, implementa as políticas da SES/RS, que visam qualificar a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar.

Também são instituições hospitalares de responsabilidade estadual:

(Para maiores detalhes ver pag's 161, 162 e 163 da PES/RS 2020)

Hospital de Alvorada

Hospital Geral de Caxias do Sul

Hospital Padre Jeremias de Cachoeirinha

Hospital de Tramandaí

Hospital Regional de Santa Maria (HRSM),

Hospital Público Regional de Palmeira das Missões

#### **4.11-ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (AF)**

É uma política transversal nas RAS, atuando de forma articulada e integrada com os programas e serviços no SUS. Conforme estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Resolução CNS No 338/2004), a AF trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o acesso e o uso racional por meio de disponibilidade regular e oportuna para uma assistência terapêutica integral. Este conjunto envolve pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos e insumos, assim como sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização para a melhoria da qualidade de vida da população. Visando a integralidade e resolutividade das ações da AF, os estabelecimentos farmacêuticos devem funcionar como pontos de atenção centrados no usuário, promovendo acompanhamento farmacoterapêutico, educação em saúde, promoção do autocuidado e adesão aos tratamentos estabelecidos, farmacovigilância e manejo de riscos associados ao uso de medicamentos.

O acesso a medicamentos essenciais no SUS é orientado pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), um elemento técnico-científico que orienta a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos nos serviços de saúde. A RENAME é composta por três componentes: Básico, Estratégico e Especializado, que norteiam as ações de planejamento e seleção de medicamentos, em todos os níveis de atenção, podendo os estados e os municípios adotarem relações de medicamentos específicas e complementares, de acordo com as características epidemiológicas da região.

O RS possui o Programa de Medicamentos Especiais, que compõe um grupo de medicamentos e terapias nutricionais para o tratamento de doenças de prevalência no estado, não contempladas nos programas de saúde do MS. O financiamento e a aquisição deste Programa são de responsabilidade exclusiva da SES/RS, conforme Portaria SES/RS Nº 670/2010, Resolução CIB/RS Nº 216/14 e posteriores ajustes por meio de Ações Cíveis Públicas para atendimento de grupos específicos.

O **Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)** é constituído por uma relação de medicamentos e uma de insumos farmacêuticos para atendimento dos principais problemas de saúde da população e de programas da APS. O MS é responsável



pela aquisição e distribuição dos medicamentos insulina humana NPH, insulina humana regular, além dos itens que compõem o Programa Saúde da Mulher: contraceptivos orais e injetáveis, dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma. Também disponibiliza *kit* de medicamentos e insumos estratégicos para a AF às unidades da Federação atingidas por desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo (Portaria de Consolidação Nº 1/2017).

O financiamento do CBAF é tripartite, conforme Portaria de Consolidação GM/MS Nº 3.193/19 (que altera o Artigo Nº 537 da Portaria de Consolidação GM/MS Nº 6/2017), e pelas Resoluções CIB/RS Nº 459/2017 e Nº 08/2020, que determinam o elenco de referência. Os valores repassados pela União para financiar a aquisição de medicamentos e insumos do CBAF, constantes nos Anexos I e IV da RENAME vigentes no SUS, são definidos com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), de acordo com classificação dos municípios nos seguintes grupos: a) IDHM muito baixo: R\$ 6,05/habitante/ano; b) IDHM baixo: R\$ 6,00/habitante/ano; c) IDHM médio: R\$ 5,95/por habitante/ano; d) IDHM alto: R\$ 5,90/habitante/ano; e e) IDHM muito alto: R\$ 5,85/habitante/ano. As contrapartidas estadual e municipal devem ser de R\$ 2,36/habitante/ano, cada.

### **O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)**

### **O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**

**Programa de Medicamentos Especiais,**

**Programa Dieta em Casa**

**Hepatites Virais**

**Programa Farmácia Popular do Brasil**

**Programa Qualifar-SUS**

**Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, medicamentos destinados ao tratamento do câncer**

## **4.12-VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

A Resolução CNS Nº 588/2018, instituiu e aprovou a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), que definiu como “o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças”. O documento legitima a relevância estratégica da Vigilância em Saúde na prevenção de riscos e agravos e proteção da saúde, apresentando princípios, diretrizes e estratégias para sua execução e implementação no SUS.

O **Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS)** compõe a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública - Rede CIEVS, que conta com 54 centros ativos em todo o Brasil. O CIEVS tem a finalidade de detectar, verificar, avaliar, investigar e monitorar informações epidemiológicas de doenças, agravos ou Eventos de Saúde Pública, e, se necessário, comunicar e responder oportunamente às Emergências de Saúde Pública instaladas, com envolvimento multisetorial caso a situação ultrapasse a capacidade de resposta do setor saúde.

Eventos de Saúde Pública são situações que podem constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico-epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a

vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes. No RS existem dois CIEVS, um municipal (CIEVS/Porto Alegre) e outro estadual (CIEVS/RS).

As comunicações e notificações de possíveis eventos de saúde pública são recebidas por meio do CIEVS/RS e também do **Disque Vigilância 150**.

A ocorrência de eventos de interesse à saúde, como surtos ou epidemias, também é monitorada através dos dados de vigilância epidemiológica, cuja análise de sistemas como o SINAN permite identificar alterações do padrão de comportamento dos agravos ao longo do tempo, bem como o surgimento de algum agravo ou doença inesperados para a situação epidemiológica do território.

Para evitar o adoecimento da população, a vigilância tem se preocupado em identificar os possíveis riscos decorrentes da interação das populações com o meio ambiente, lançando estratégias de detecção prevenção e controle de determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, intervindo sobre a potabilidade da água para consumo humano, qualidade do ar, contaminações do solo, contaminantes químicos, em especial os agrotóxicos, bem como os riscos advindos dos ambientes, das práticas e dos processos do trabalho.

O Plano de Contingência Estadual de Saúde para Desastres prevê a existência de referências em todas as esferas (local, municipal, regional, estadual), protocolos para as ações de saúde e **Comitês Operativos de Emergência (COE)** estadual, regionais e municipais.

Os riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde são o foco de atuação da **vigilância sanitária (VISA)**, com suas responsabilidades pactuadas entre os três entes federados.

A **Vigilância Sanitária (VISA)**, reconhecida como ação típica do estado, possui a prerrogativa de restringir o direito privado em prol do interesse coletivo, em nome da proteção à saúde da população, o que lhe confere o poder de polícia, não podendo, deste modo, ser terceirizada.

A continuidade da **implantação do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária (SIVISA)** no estado e nos municípios, que em dezembro/2019 já atingia 62% dos 497, correspondendo à cobertura de 65% da população do RS, é crucial para efetivação deste processo.

A integração entre a Vigilância em Saúde e a APS é condição obrigatória para a construção da integralidade do cuidado sob a lógica das RAS. Destacam-se outras ações relevantes para o fortalecimento da parceria entre a vigilância e a APS. Uma delas se dá através do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em que a APS executa as ações de vacinação, englobando a educação em saúde, a busca ativa de faltosos e o acompanhamento de possíveis eventos adversos.

A vigilância em saúde possui diversas ações integradas na atenção especializada da RAS.

O **Núcleo Estadual de Segurança do Paciente** da VISA tem por objetivos o monitoramento da qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde e a investigação dos eventos adversos - sobretudo eventos graves e resultantes em óbitos nestes estabelecimentos.

A **Política Estadual de Laboratório de Vigilância em Saúde** visa organizar a área de exames e diagnósticos para responder pela área laboratorial em Vigilância.

São competências do estado na área de laboratório: coordenação, acompanhamento e avaliação da rede estadual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, com estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes, garantindo a realização de análises laboratoriais de interesse da vigilância, conforme organização da rede estadual de laboratórios.



O **Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN)**, com área geográfica de abrangência estadual, tem as seguintes competências: a) coordenar as ações laboratoriais de Vigilância em Saúde na esfera estadual; b) apoiar e cooperar tecnicamente os municípios nas ações realizadas pelos Laboratórios de Vigilância em Saúde; c) estabelecer normas técnicas e operacionais para serem aplicadas na rede de laboratórios de Vigilância em Saúde; d) armazenar e transportar amostras dos laboratórios de referência de cada Região de Saúde para os LACEN; e) realizar análises laboratoriais de interesse da vigilância; f) atender às diretrizes, fluxos e prazos para envio das informações de interesse da Vigilância em Saúde para o nível nacional; g) promover capacitações para profissionais da rede de Laboratórios de Vigilância em Saúde, no âmbito estadual; g) planejar, adquirir e monitorar o fornecimento de insumos e equipamentos, necessários à realização do diagnóstico laboratorial, no âmbito estadual; e, h) monitorar o controle de qualidade da rede de laboratórios de Vigilância em Saúde, no âmbito estadual.

O **Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CDCT)**, pertencente ao Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), foi criado em 2001 para alavancar as políticas de ciência e tecnologia em saúde do estado, e possui estrutura composta de laboratórios equipados para desenvolver e realizar técnicas genéticas de última geração. Suas atividades são desenvolvidas através da execução de projetos científicos para gerar conhecimento e tecnologia, a fim de auxiliar no enfrentamento de grandes problemas de saúde, redução da dependência de produtos importados e aumento do acesso da população a exames de alta complexidade.

O **Centro de Informação Toxicológica do RS (CIT/RS)** presta assessoria e orientação frente à ocorrência de acidentes tóxicos, sendo considerado um centro de referência Estadual e Nacional na área de toxicologia.

A **Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)** é o conjunto de ações que visa a promoção da saúde, à redução da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. Estas ações se dão de forma integrada com as demais vigilâncias, promovendo a articulação com a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) e as redes assistenciais.

#### 4.13-REGULAÇÃO DO ACESSO

A **Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA)** do RS realiza a regulação do acesso às consultas médicas especializadas ofertadas em Porto Alegre através do **Sistema Gerenciamento de Consultas (GERCON)**. A partir da Resolução CIB/RS Nº 495/18, o GERCON é o sistema oficial para regulação de consultas e exames no estado, após convênio com a SMS de Porto Alegre.

Em 2019 foram realizados, em média, 82.000 agendamentos mensais de consultas e exames. Deste total, 24.000 são exames e 58.000 são consultas especializadas reguladas pela SES/RS.

No município as marcações continuam no mesmo contexto.

Temos em consultas confirmadas até hoje 733

Pendentes e matriciamento 38

Consultas expiradas e canceladas 233

Fila de espera 458.

Conforme a profissional do setor, senhora Maria de Fátima, as consultas especializadas são acessadas via sistema GERCON e SISREG pelas unidades da Rede de Atenção Primária para a Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE e Ministério da Saúde. São disponibilizadas consultas especializadas em 162 subespecialidades e temos no momento uma demanda reprimida em 12 delas, representando 10% da fila total de espera no período. Em 90 % da oferta não há demanda reprimida ou a demanda é mínima. A adequação do agendamento e da oferta se dá através do Telessaúde RS onde o médico da Atenção primária pede exames que mostrem a realidade atual da saúde do paciente e entra em contato com o os médicos do Telessaúde RS para discutirem a necessidade e urgência do agendamento, possibilitando o primeiro acesso às consultas especializadas com maior rapidez e contribuindo para a redução das filas de espera nas especialidades com maior demanda reprimida. Por outro lado, verifica-se que muitos usuários não comparecem as consultas agendadas devido a falhas de comunicação entre todos os atores envolvidos. Observa-se também a necessidade de elaborar mecanismos junto à comunidade visando à diminuição do absenteísmo.

Um grande passo para resolver o problema no atendimento de urgência de casos politraumatizados e acidentes foi a regulação para o município de São Jerônimo, para termos acesso a continuidade do tratamento.

Quanto a **Hemodiálise**, a CIB 326/16 referenciou a Terapia Renal Substitutiva para a Clínica UNIRIM em Santa Cruz do Sul e também para o município de Guaíba. O Município de Minas do Leão disponibiliza o transporte e realizou a compra de uma VAN em 2021 para otimizar os serviços.

Para desafogar a enorme fila de consultas reprimidas e solicitações de exames das tabelas de procedimento e serviços credenciados, o município está, em 2021, se propondo a ingressar no consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Pardo – CISVALE, onde são ofertados serviços credenciados de especialidades médicas, como também clínicas para os mais diversos tipos de exames com preços bem mais baixos que os ofertados normalmente no ambiente particular. Para o custeio conta com o recurso de emenda parlamentar enviada ao município, através do gabinete do Deputado Afonso Hamm no total de R\$ 200.300,00. Para isso a Gestão municipal está cumprindo com todo protocolo constitucional necessário ao ingresso no referido programa.

Consórcio que poderá se estender para os próximos anos conforme necessidade dos pacientes e verba disponível.

As ações de regulação do acesso aos leitos hospitalares sob gestão estadual ou municipal são realizadas pela **Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH)**, em conjunto com as Centrais de Regulação Municipais de Porto Alegre, Caxias do Sul, Canoas e Pelotas e Vale do Rio Pardo.

A regulação do acesso às internações SUS é uma obrigação e uma prerrogativa do gestor. Esta ação tem o objetivo de qualificar a ocupação dos leitos disponíveis, de forma a garantir que a oferta contratada seja utilizada de forma eficaz e equânime. Para que esta ação se concretize, é necessário que os processos de cadastro da solicitação, avaliação de necessidade da internação, classificação de prioridade e ocupação do leito sejam informatizados e transparentes.

O **Sistema de Gerenciamento de Internações (GERINT)** foi implantado em janeiro/2018, de forma parcial (cadastro da solicitação), para os hospitais do estado. Após assinatura do convênio, em novembro/2019, o DRE desencadeou as etapas de implantação do sistema nos 182 hospitais selecionados, seguindo os critérios de possuir: leitos de UTI, leitos de saúde mental incentivados, ter realizado mais de 100 cirurgias ano e leitos de retaguarda habilitados. Em virtude das medidas de prevenção ao contágio pelo COVID-19, publicadas

nos Decretos do Governador do RS, as capacitações presenciais para implantação do GERINT Fase 2 estão acontecendo na modalidade de capacitação virtual e foram disponibilizados vídeos tutoriais produzidos pela SES/RS para auxiliar na utilização do sistema pelos operadores.

A **Central Estadual de Regulação de Saúde Mental (CER Mental)**, foi inaugurada na primeira semana de dezembro/2019. Esta Central é composta por uma equipe especializada e multiprofissional. Através de suas ações, agiliza o acesso aos leitos psiquiátricos dos hospitais gerais e especializados. Para tanto, foram adotados critérios de gravidade, risco e prioridade.

#### **4.14-LEITOS DE INTERNAÇÃO CLÍNICO, CIRÚRGICO E UTI**

Os leitos hospitalares são classificados em leito de internação, leito complementar de internação, leito de hospital dia e leito de observação, de acordo com o Manual de Conceitos e Nomenclaturas de Leitos Hospitalares da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH, 2016).

Os leitos de internação são classificados nos seguintes tipos: leito clínico, leito cirúrgico, leito obstétrico e leito pediátrico.

Cabe salientar que os **leitos complementares de internação** são os leitos de internação destinados a pacientes que necessitam de assistência especializada exigindo características especiais, tais como as unidades de isolamento, isolamento reverso e as unidades de tratamento intensiva e semi-intensiva.

#### **4.15-HEMORREDE ESTADUAL**

A Política Estadual do Sangue e Hemoderivados tem por objetivo garantir a cobertura transfusional para todos os pacientes atendidos pelo SUS, com base nos seus princípios fundamentais: equidade, universalidade, integralidade, descentralização e hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde, em consonância com a Política Nacional do Sangue e Hemoderivados. Está pautada na seguinte legislação: Lei Federal Nº 8.080/1990; Lei Federal Nº 8.142/1990; Lei Federal Nº 10.205/2001; Decreto Federal Nº 3.990/2001; Portaria de Consolidação Nº 1/2017; Portaria de Consolidação Nº 5/2017; e Portaria Estadual Nº 293/2019.

A Rede Hemoterápica Pública do estado do RS é constituída pelo hemocentro coordenador e sete hemocentros regionais.

## **5-MACROPROCESSOS DE GOVERNANCA DA GESTAO ESTADUAL DO SUS**

A governança do SUS pode ser entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos sob responsabilidade da gestão estadual. É um sistema transversal a todas as redes temáticas e se diferencia da gerência dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio e logísticos, à medida que tem por objetivo governar as relações entre a APS e os demais componentes da RAS, buscando articulá-los em função da missão, visão e objetivos comuns das redes (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

A SES/RS, através de um grupo de trabalho em 2019, construiu uma proposta de nova **estrutura organizacional**, buscando modernizar e integrar os diferentes departamentos, visando dar maior agilidade na governança do SUS.

## 5.1-INSTÂNCIAS DE PACTUAÇÃO INTERGESTORES

As **Comissões Intergestores** são instâncias de pactuação da organização e do funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde podem ser representados pelo CONASS, pelo CONASEMS e pelos Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

No RS, a Comissão Intergestores Bipartite (**CIB**) foi instituída pela Portaria SES/RS Nº 09/1993, e constitui-se em instância colegiada de pactuação consensual, com caráter deliberativo para definição das regras da gestão compartilhada do SUS.

A CIB/RS é constituída paritariamente por 7 membros efetivos e respectivos suplentes representantes da gestão estadual do SUS e 7 membros efetivos e respectivos suplentes representantes dos municípios.

## 5.2-PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI)

O RS iniciou o processo de regionalização e descentralização da gestão de serviços do SUS desde o Plano Diretor de Regionalização (RS, 2002). A partir do Decreto Nº 7.508/2011, organizou-se o território em Regiões de Saúde para composição e articulação das RAS. Através da Resolução CIB/RS nº 555/2012, o RS definiu as 30 Regiões de Saúde e instituiu a Comissão Intergestores Regionais (CIR) para promoção da gestão compartilhada. Em 2018, foram estabelecidas as sete Macrorregiões de Saúde do estado, além de um cronograma para implementação do **Planejamento Regional Integrado (PRI)**.

No RS, o processo de PRI está estabelecido pela Resolução CIB/RS Nº188/2018.

Visando concretizar um planejamento ascendente e de forma regionalizada, o estado, de forma tripartite, elaborou 30 Diagnósticos Regionais de Saúde para embasar o planejamento macrorregional e estadual.

A partir das normativas nacionais, a SES/RS elaborou um Documento Guia e um Painel de *Business Intelligence* (BI), orientando a elaboração dos Diagnósticos Regionais de Saúde. Estes documentos são compostos por dois capítulos: (1) Análise Situacional e (2) Identificação das Necessidades Regionais. Cada Região de Saúde elaborou seu Diagnóstico através de um Grupo de Trabalho composto por representantes dos municípios, apoiadores do COSEMS/RS, técnicos das CRS da SES/RS e representantes dos Conselhos Municipais de Saúde. O painel PRI no BI tem acesso ao público no seguinte link: <http://bipublico.saude.rs.gov.br/>.

Como resultado da construção dos 30 diagnósticos regionais, foram apontadas mais de 1.700 necessidades de ações e serviços de saúde, em todos os níveis de atenção e de responsabilidade das três esferas de gestão. **Dentre as necessidades mais apontadas, a educação permanente em saúde para qualificação do atendimento à população, melhora dos fluxos assistenciais e fortalecimento da gestão municipal foi citada por diversas regiões.** Quanto às necessidades de serviços de saúde, **a atenção ambulatorial e os serviços diagnósticos foram os mais citados**, assim como a dificuldade de acesso a esse nível de atenção em todo o estado.

Para dar continuidade ao processo de **Regionalização**, que propiciará organização, planejamento e regulação de serviços de saúde, faz-se necessário ampliar as estratégias de governança regional, além de avaliar de forma sistemática a regionalização existente no

estado, a fim de melhor compreender os processos de gestão compartilhada e fortalecer a implementação das RAS.

### 5.3-PARTICIPAÇÃO SOCIAL

No Controle Social o **Conselho Municipal de Saúde (CMS)** é a instância municipal de controle social do SUS. Criado pela Lei nº 295/1996, consiste em um órgão colegiado de caráter deliberativo e fiscalizador. O CMS é composto por 12 conselheiros de saúde titulares e respectivos suplentes, representantes de entidades da sociedade civil organizada e órgãos públicos, distribuídos em três segmentos: usuários, trabalhadores de saúde e governo/prestadores, com paridade do segmento usuário ante os demais.

A cada quatro anos, o CMS realiza a **Conferência Municipal de Saúde**, momento em que avalia a situação da saúde no município e propõe diretrizes para as políticas de saúde, sendo etapa da Conferência Nacional de Saúde. A 8ª Conferência Estadual de Saúde, ocorrida em 2019, validou, entre a nossa, 408 Conferências Municipais de Saúde.

A **Ouvidoria do SUS** é um espaço de cidadania em saúde, potente canal de comunicação entre cidadão e gestores do SUS que contribui para a disseminação de informações e qualificação das ações e serviços de saúde no RS. O acolhimento das manifestações do cidadão é realizado via telefone (0800-6450-644), aplicativo de mensagens *WhatsApp* (51-98405-4165), formulário *web* <[www.saude.rs.gov.br/contato](http://www.saude.rs.gov.br/contato)>, e-mail: [ouvidoria-sus@saude.rs.gov.br](mailto:ouvidoria-sus@saude.rs.gov.br), presencialmente e/ou por correspondência (na Avenida Borges de Medeiros, 1501, térreo – Porto Alegre ou nas sedes das CRS).

As representantes municipais cadastradas são as senhoras Melissa Wisniewski e Beatriz Vieira Porto como pontos de resposta.

### 5.4-IMPLANTAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO PARA TOMADA DE DECISÃO

Da Gestão da Tecnologia da Informação da SES/RS vem acompanhando o crescente desenvolvimento tecnológico no cenário mundial. Ainda que um dos poucos departamentos de TI dentre as Secretarias de estado, o Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação (DGTI) tem se diversificado para atender as demandas de inovação que garantem o pleno funcionamento das atividades operacionais-administrativas, crescentes com a informatização dos processos de trabalho.

Após a implantação de 100% dos processos administrativos de forma eletrônica com a utilização do **sistema PROA** (Processos Administrativos eGov), foi possível a interoperabilidade de sistemas como o **AME** (Administração de Medicamentos) e o **GUD** (Gerenciamento de Usuários com Deficiência), de forma a integrar seus protocolos de maneira transparente, reduzindo o trabalho operacional.

A implantação de novos sistemas, ainda que de forma tímida, evoluiu no período.

A descentralização de bases de dados como o **Cartão SUS** e o **CNES** possibilitaram o início da construção do Sistema de Gestão de Contratos Ambulatoriais e Hospitalares (**SIGAH**).

A partir do convênio assinado com o Município de Porto Alegre em novembro de 2019, novos sistemas de regulação - GERINT, GERCON e GERPAC (Gestão da Regulação dos Procedimentos de Alto Custo) estão sendo implantados no estado.

Além dos novos sistemas, há um esforço contínuo na qualificação das informações em saúde coletadas **pelos sistemas oficiais do MS: SIM, SINASC, SINAN, SIPNI, SIA, SIH e e-SUS Atenção Básica**.



Essas bases de dados fornecem informações aos gestores acerca dos serviços do SUS executados no território. Também é desenvolvida uma ferramenta *de Business Intelligence* (BI) que democratiza o acesso às informações de saúde tanto para a gestão estadual quanto para a municipal. A intenção é de agregar as bases de dados dos novos sistemas implantados e explorar novas tecnologias para qualificar o apoio à tomada de decisão dos gestores e garantir ampliação do acesso e transparência da informação.

## 5.5-AUDITORIA

No âmbito do estado do RS, foi instituído pelo Decreto Nº 38.546/1998. A Auditoria é um instrumento de gestão destinado ao fortalecimento do SUS através da análise da correta destinação dos recursos públicos, garantia do acesso, da integralidade da assistência e da qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

O trabalho desempenhado pela Auditoria consiste: no exame dos prontuários médicos; na análise de denúncias; na verificação da conformidade da aplicação de recursos públicos, da estrutura, dos recursos humanos disponíveis, dos insumos utilizados, dos protocolos de operação e dos dados relativos aos estabelecimentos de saúde; no monitoramento das situações identificadas e das recomendações exaradas; bem como na atuação de forma supletiva, em apoio aos municípios, nos termos do art. 17, III, da Lei Nº 8.080/1990.

## 5.6-EDUCAÇÃO, CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde coletiva compreende ações que partem dos princípios e diretrizes do SUS, e que se consolidam na formação e pesquisa no campo da saúde. Desta forma, é preciso planejar, desenvolver, e executar ações de educação em saúde que levem em conta as necessidades locorregionais, produzidas a partir do trabalho em conjunto entre os departamentos da SES/RS e na intersetorialidade com outras políticas públicas.

A **Escola de Saúde Pública (ESP)** apresentou em 2019 o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. O processo de planejamento e discussão baseou-se na perspectiva de aquecimento do debate sobre a **Educação Permanente em Saúde (EPS)** com vistas à participação nas Conferências de Saúde e a inclusão de um produto representativo e estruturado no PES 2020-2023. A ideia do processo promovido na ESP foi ouvir as regionais e avaliar, junto a elas, as diferentes necessidades de assessoria que cada uma requer. E a partir daí, construir uma estratégia de apoio. O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde contemplou tanto as demandas apresentadas nos Planos Municipais de Saúde, quanto embasou a construção do PES 2020-2023.

## 5.7-GESTÃO DO TRABALHO

A área da saúde, em Minas do Leão, passa por grandes desafios, demandando uma nova forma de pensar, estruturar e desenvolver trabalhadores capazes de produzir e oferecer serviços com eficiência e eficácia. Neste sentido, uma nova forma de gestão de pessoas vem se constituindo. O quadro abaixo demonstra a realidade constante no CNES Municipal no período de abril/21.

Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS

Período 04/2021

**Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação**

Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiro	CBOs (outros) nível superior	CBOs (outros) nível médio	CBOs ACS
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	0	0	0	3	9
	Intermediados por outra entidade (08)	1	1	2	1	0
	Autônomos (0209, 0210)	0	0	1	0	0

**Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão**

Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiro	CBOs (outros) nível superior	CBOs (outros) nível médio	CBOs ACS
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 0104)	0	0	0	2	1

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Data da consulta: 16/07/2021.

**Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação**

Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	2017	2018	2019	2020



Privada (NJ grupos 2 - exceto 201-1, 203-8 -, 3, 4 e 5)	Autônomos (0209, 0210)	0	0	0	1
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Bolsistas (07)	1	2	2	2
	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	6	6	15	17
	Intermediados por outra entidade (08)	1	2	8	8
	Residentes e estagiários (05, 06)	0	2	2	0

#### Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão

Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	2017	2018	2019	2020
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 0104)	12	19	9	7

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)  
Data da consulta: 16/07/2021.

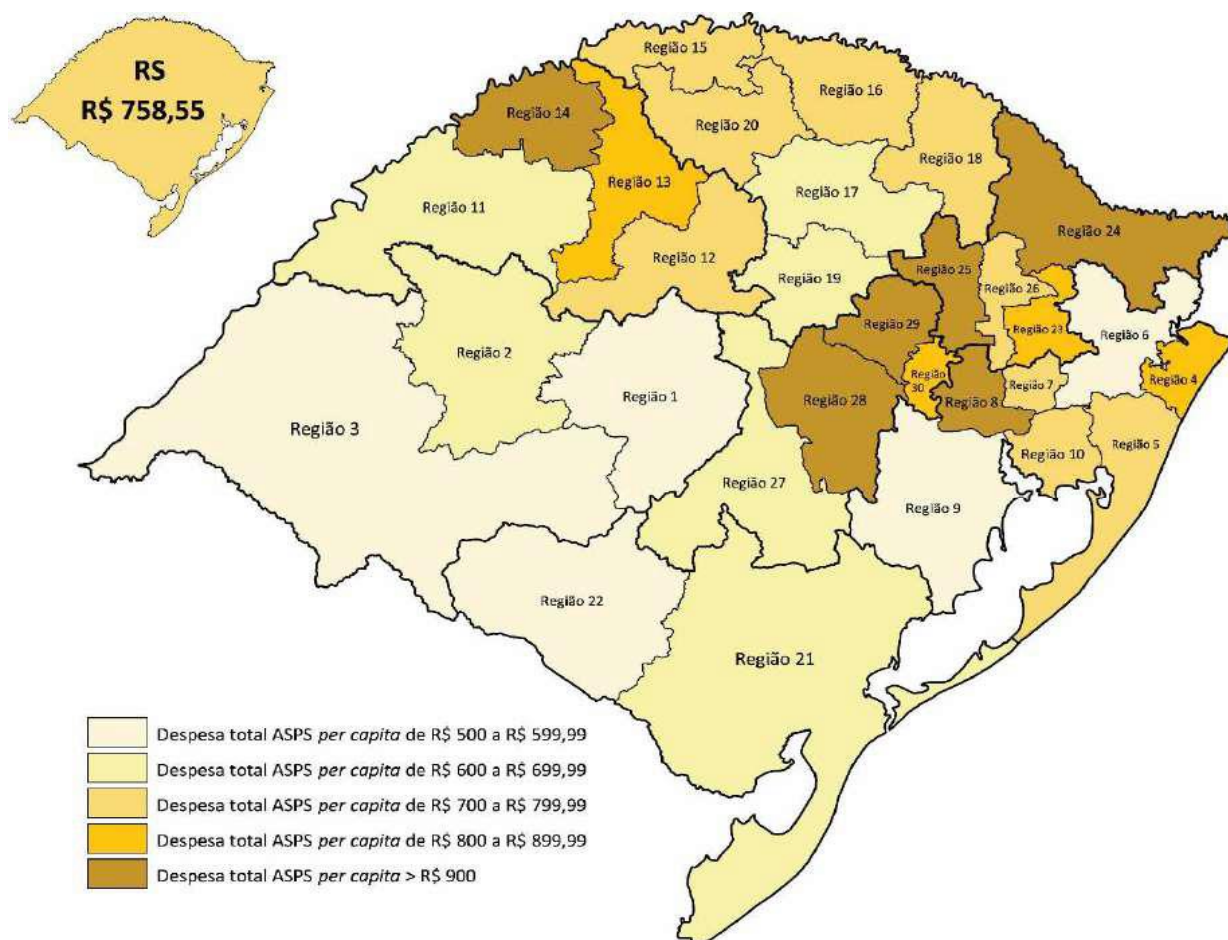
#### 5.8-FINANCIAMENTO

Do SUS ocorre de forma tripartite. De acordo com os dados que os municípios informam no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) sobre os recursos próprios somados às transferências intergovernamentais (dos recursos estaduais e federais), pode-se estimar a despesa total por município. No ano de 2017, no estado do RS, a média *per capita* de aplicação da **Despesa total em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)** pelos municípios foi de R\$ 758,55.

Ao observar os dados por Macrorregião de Saúde, verifica-se que se encontram acima do valor médio de aplicação no estado as Macrorregiões de Saúde Serra (R\$ 873,50), Vales (R\$ 866,80), Metropolitana (R\$ 794,87) e, Missioneira (R\$ 790,98), e abaixo as Macrorregiões

Centro-Oeste (R\$ 535,85) e Sul (R\$ 599,50). Na figura abaixo, observa-se a despesa total em saúde em faixas de valores entre as Regiões de Saúde do RS.

Mapa da Despesa total com Ações e Serviços Públicos de Saúde (recursos municipais, estaduais e federais) *per capita* por Região de Saúde, RS, 2017.



As Regiões de Saúde com maior despesa total com ASPS (recursos municipais, estaduais e federais) *per capita*, no ano de 2017, foram: R25 (R\$ 912,54), R28 (R\$ 923,02), R24 (R\$ 957,93), R14 (R\$ 975,26), R29 (R\$ 1.004,01) e R8 (R\$ 1.061,97). Já as **Regiões de Saúde com menor investimento foram: R6 (R\$ 502,26), R9 (R\$ 505,95), R1 (R\$ 508,13), R3 (R\$ 532,87) e R22 (R\$ 559,37)**. O ente estadual, no ano de 2017, aplicou em “Despesa total em ASPS”, *per capita*, o valor de R\$ 406,66 (SIOPS, s. d.), valor que se encontra abaixo da média nacional de aplicação dos demais estados, que é de R\$ 435,20.

## 5.9-JUDICIALIZAÇÃO EM SAUDE

O RS é um dos estados que apresenta o maior índice de **Judicialização** em saúde do país, representando um desafio ao gestor público seu enfrentamento, especialmente pelo alto valor despendido, que compromete de maneira significativa o orçamento da saúde. Tanto é assim que, considerando os índices crescentes de judicialização no âmbito do estado, a atual gestão governamental elencou a situação como uma das prioridades da Secretaria, sem focar apenas na área de medicamentos, mas em toda a questão da assistência em saúde.

As **demandas judiciais em saúde** na SES/RS são divididas em

- a) medicamentos
- b) residuais, englobando tal categoria todos os demais pedidos que não sejam para fornecimento de fármacos.

Já os **gastos judiciais efetuados pela SES/RS** são de três tipos:

- a) sequestros judiciais, situação em que o poder judiciário determina o bloqueio das contas do estado e efetua a retirada deste recurso para o custeio de medicamentos e outras demandas assistenciais, tais como órteses, próteses, pequenas cirurgias, compra de leitos, realizações de exames e procedimentos, materiais diversos, dentre outras;
- b) depósitos judiciais, situação em que a SES/RS não tem como disponibilizar o medicamento ou atender a demanda assistencial, razão pela qual deposita o valor para o usuário, através do Poder Judiciário; e
- c) aquisições de medicamentos e/ou tratamentos de saúde, por demandas judiciais, ou seja, quando a SES/RS providencia a compra de medicamentos e/ou serviços, através do gestor estadual, por ata de registro de preço ou contrato de prestação de serviços, desde que tenha ordem/sentença judicial.

A população recorre ao Poder Judiciário com o objetivo de efetivar seu direito individual/coletivo à saúde, em regra, sem observar quaisquer critérios estabelecidos em programas públicos de saúde ou protocolos clínicos de diretrizes terapêuticas. Entretanto, esse recurso aprofunda as iniquidades de acesso no sistema público de saúde, pois cria uma terceira via de acesso ao SUS e ideia de que o Poder Judiciário favorece aqueles que têm maior possibilidade de veicular sua demanda judicialmente, em detrimento dos que não possuem acesso à justiça, desprezando-se a lógica do SUS. Igualmente, aponta para o comprometimento do princípio da integralidade, uma vez que ações de cunho individual não são estendidas aos demais portadores da mesma condição patológica que poderiam se beneficiar do objeto da demanda, haja vista que estas decisões judiciais, na sua quase totalidade, não são fundamentadas em evidências científicas, mas apenas nos argumentos da parte autora.

## **6-NOVO CORONAVIRUS (SARS-COV-2) E A COVID-19**

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, que, raramente, podem infectar pessoas. Em dezembro de 2019, houve a transmissão de um novo coronavírus (SARS-CoV-2), o qual foi identificado em Wuhan na China, que causou a COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*), sendo em seguida disseminada e transmitida pessoa a pessoa (BRASIL, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde (2020), a COVID-19 é uma doença que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. Cerca de 80% dos pacientes podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório.

Em 30 de janeiro de 2020, quando a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em virtude do avanço da doença no mundo, o Governo do Estado do RS já havia criado, dois dias antes, o Centro de Operações de Emergências (COE) COVID-19.

O COE foi responsável por desenvolver o **Plano de Contingencia e Ação Estadual do Rio Grande do Sul para Infecção Humana COVID-19** para o monitoramento, controle e assistência aos possíveis casos de infecção.

O plano, publicado em fevereiro de 2020, é atualizado conforme a necessidade e tem por objetivos: Descrever as ações de vigilância e atenção em saúde do estado do RS, em todos os níveis de complexidade, a serem executadas frente à detecção de um caso suspeito de COVID-19; Minimizar riscos à população frente a um caso suspeito de COVID-19; Divulgar informações em saúde; Estabelecer estratégias de comunicação de risco; e, Orientar a adoção de medidas preventivas e indicação de uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI).

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo, o primeiro caso identificado no RS foi em 29 de fevereiro de 2020, com confirmação laboratorial em 10 de março e o primeiro óbito no RS ocorreu em 24 de março. A série temporal com início em 23 de fevereiro de 2020 (Semana Epidemiológica - SE 9) aponta elevação acentuada do número de notificações de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) a partir de 16 de março, 15 dias após o registro do caso índice identificado no estado, o qual não necessitou de hospitalização. Em 19 de março, o Governo do Estado do RS publicou o Decreto Nº 55.128/2020, estabelecendo o **estado de calamidade pública** em todo o território gaúcho.

Também foi publicado o **Plano de Contingencia Hospitalar Estadual – COVID-19**, que define o nível de resposta e a estrutura hospitalar para resposta ao atendimento da população gaúcha considerando todas as normativas estaduais, decretos, portarias e resoluções.

Em relação ao **perfil dos casos confirmados** de COVID-19 no RS

51% são do sexo masculino

49% do sexo feminino.

A frequência de hospitalizações por SRAG confirmadas para COVID-19 foi

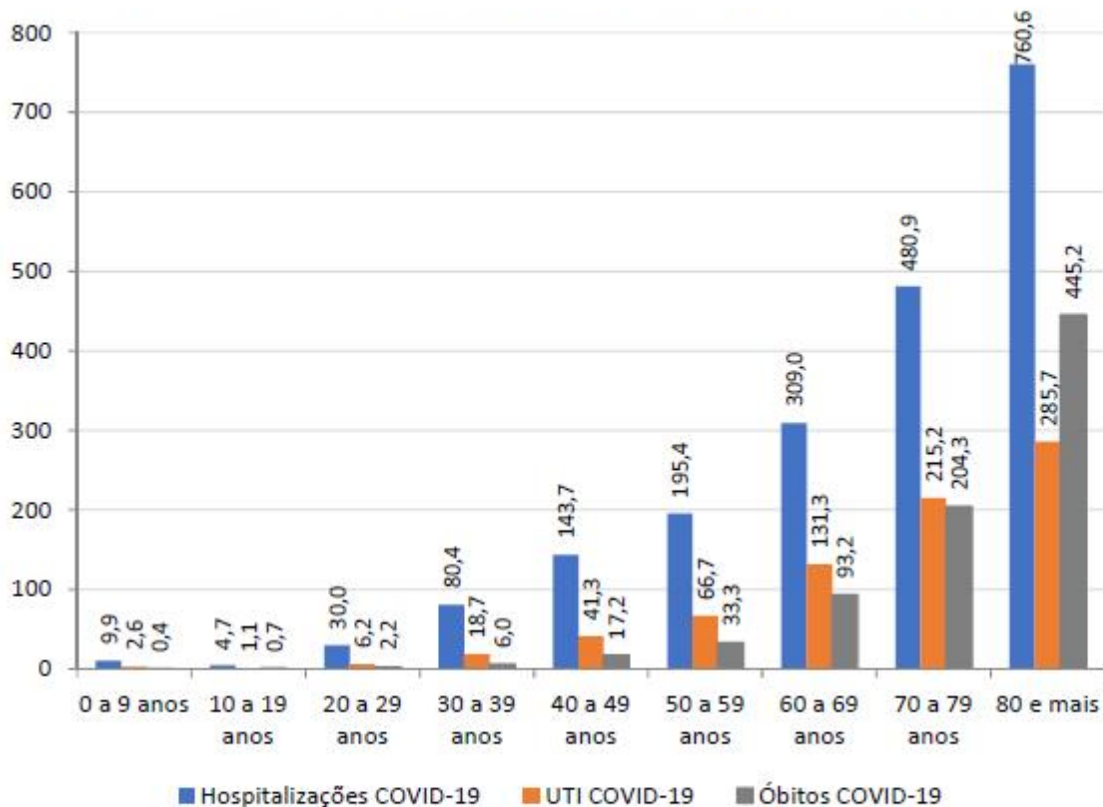
21% maior para o sexo masculino e

Para óbitos esta diferença relativa foi de 25%.

Quanto à faixa etária, observa-se que quanto maior a idade, maior foi o risco de hospitalização e especialmente de óbito, conforme dados do SIVEP-Gripe.

Os idosos (60 anos e mais), em comparação com as pessoas não idosas, apresentam risco relativo de 5,6 para hospitalizações, de 8,0 para internação em UTI e de 18,5 para óbito.

Incidência cumulativa por 100.000 habitantes de hospitalizações, internações em UTI e óbitos por SRAG confirmados para COVID-19, segundo faixa etária, até setembro de 2020, RS.



Fonte: SIVEP-Gripe.

Entre os indivíduos hospitalizados, 81% apresentaram ao menos um fator de risco (comorbidade ou idade acima de 60 anos).

Para aqueles que evoluíram a óbito, essa proporção foi de 97%.

Doença cardiovascular crônica e diabetes mellitus foram as comorbidades mais prevalentes, com 37% e 27% dos casos, respectivamente.

Um dado importante no monitoramento da pandemia é a **ocupação dos leitos de UTI** no estado. O número de pessoas internadas em UTI manteve-se acima de 900 durante muitas semanas consecutivas ao longo dos meses de julho e agosto. Em 30 de setembro, o mesmo era de 748, demonstrando redução na ocupação neste momento.

O MS abriu a possibilidade de habilitação emergencial de novos leitos de UTI adultos e pediátricos exclusivos para o atendimento de pacientes com COVID-19.

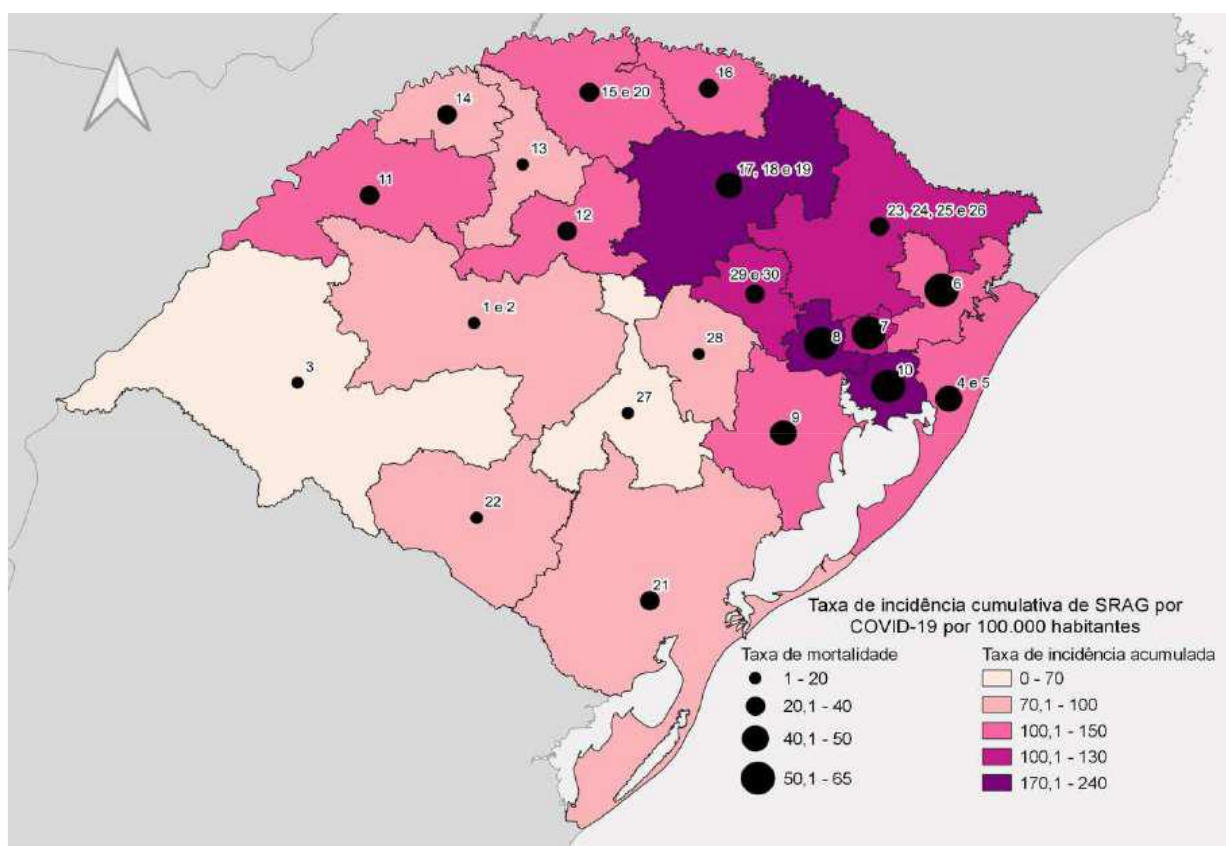
A SES/RS estimulou e organizou em todas as regiões do estado a criação desses novos leitos, seguindo os critérios estabelecidos pelo MS, envolvendo os gestores locais nesta análise urgente, assim como o CEVS a fim de ofertar o maior número possível de novos leitos com uma garantia de qualidade no atendimento.

Desde abril deste ano foram habilitados 744 novos leitos de UTI para atender pacientes com COVID-19 e, com isso, o RS praticamente duplicou seu número de leitos de UTI com um total atual de 1.730 leitos (sendo 985 de antes da pandemia).

Em relação à **distribuição regional da carga da doença**, as regiões de Passo Fundo, Porto Alegre e Canoas apresentaram as maiores incidências cumulativas de hospitalizações até o final do mês de setembro. Ao analisar a taxa de mortalidade da doença por 100.000 habitantes, verifica-se que as regiões mais atingidas foram as de Porto Alegre, Canoas, Novo Hamburgo e Taquara.



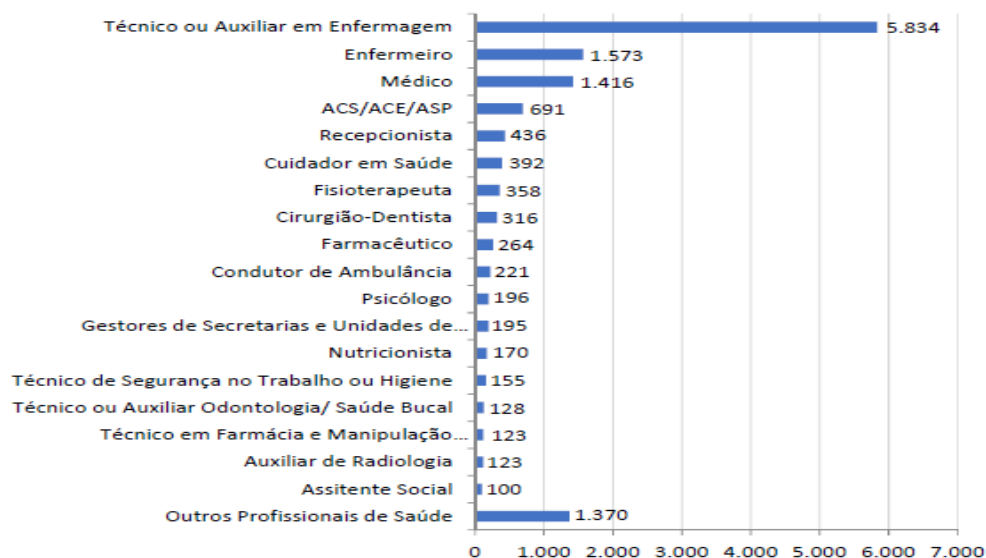
Incidência cumulativa de hospitalizações e taxa de mortalidade por 100.000 habitantes, por Região COVID-19, RS, 2020.



Fonte: Sivep-Gripe (30/09/2020).

Em relação aos **trabalhadores da saúde** que realizaram teste para COVID-19 com registro no e-SUS Notifica até 21 de setembro, foram identificados 14.061 casos confirmados, o que corresponde a 8% do total de casos do estado. Destes, 67% foram diagnosticados através do teste RT-PCR e 33% de testes sorológicos. A distribuição dos casos segundo a ocupação, de acordo com o CBO, é apresentada.

**Número de trabalhadores da saúde confirmados para COVID-19, segundo ocupação, RS, 2020.**



Fonte: e-SUS Notifica (até 21/09/2020).



## Resumo de casos Covid 19 - Minas do Leão Outubro/21

Município	Confirmados	Novos Confirmados	Incidência /100 mil hab	Óbitos	Novos Óbitos	Mortalidade /100 mil hab
Minas do Leão	714	1	8842.1	11	1	136.2

Fonte SESRS

### 6.1-AÇÕES DO RS NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID-19

A partir da declaração da COVID-19 como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, a SES/RS mobilizou todas as suas equipes para o enfrentamento da pandemia. O Departamento de Ações em Saúde (DAS) envolveu-se plenamente. A **Coordenação Estadual da Atenção Básica (CEAB)** priorizou a produção de diretrizes para o processo de trabalho das equipes da AB com ênfase na organização da atenção à saúde no contexto da pandemia, bem como no apoio e divulgação dos decretos sobre o financiamento para o enfrentamento da COVID-19.

Assim, foram elaborados e disponibilizados documentos, boletins e notas técnicas, realizados levantamentos por meio de formulários *online* para diagnóstico situacional e organizados encontros virtuais, a fim de subsidiar as CRS, os gestores municipais e as equipes da AB, envolvendo:

As Políticas de Ações Transversais (Política de Alimentação e Nutrição, Saúde Bucal, Política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e Saúde Mental) na AB, de Alimentação e Nutrição (PAN), Saúde Bucal, de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Saúde Mental, Promoção da Equidade em Saúde (POPES), Políticas dos Ciclos de Vida, Saúde da Mulher, da criança, de adolescente, do idoso, Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA).

No município foram tomadas todas as medidas necessárias.

O documento Nº 021/2020 de 03 de abril de 2020, decreta situação de Calamidade Pública em Saúde pelo Município em razão da COVID19, com as medidas sanitárias, de adoção obrigatória para todos, medidas para comércio e indústria, classificando as atividades e serviços essenciais e sanções.

O decreto 037/20 reitera a declaração de estado de calamidade pública em todo o território municipal, recepciona o sistema de distanciamento controlado instituído pelo estado do Rio Grande do Sul, para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo novo coronavírus (covid 19).

Em março de 2020, a Secretaria de Saúde apresentou o Plano de Contingência e Ação Municipal para Infecção Humana COVID-19 com envolvimento de todos os setores da Saúde e administração municipal.

O ano de 2021 iniciou com o decreto 003 de 13/01/21, onde ratifica o estado de calamidade pública municipal, recepciona o Sistema de Distanciamento Controlado instituído pelo Estado do Rio Grande do Sul, para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia e ameniza algumas medidas.

Considerando, porém, o grande aumento novamente de casos e óbitos causados pelo coronavírus e as superlotações de hospitais, aplicou-se, através do Decreto 17/21 de 27/02/21 a retomada do emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, a fim de evitar a disseminação da doença no

Município, aplicando integralmente as medidas sanitárias segmentadas relativas à bandeira preta, sendo que o isolamento social é considerado a principal medida de proteção e de prevenção da COVID-19.

Em janeiro de 2021 foi expedido pela Secretaria Municipal de Saúde, o Plano Municipal de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, documento norteador para campanha da vacinação.

Após a declaração de Emergência em Saúde Pública em decorrência do novo Coronavírus no país, muitas normas do MS, relacionadas ao **financiamento do SUS** foram estabelecidas para ações de enfrentamento à pandemia, oriundos de emendas da relatoria da Casa, para ser utilizado na Atenção Primária e Hospitalar e fortalecer a rede pública de saúde.

Para viabilizar a transferência desses recursos foi criada a Funcional Programática 10.122.5018.21C0.6500 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus.

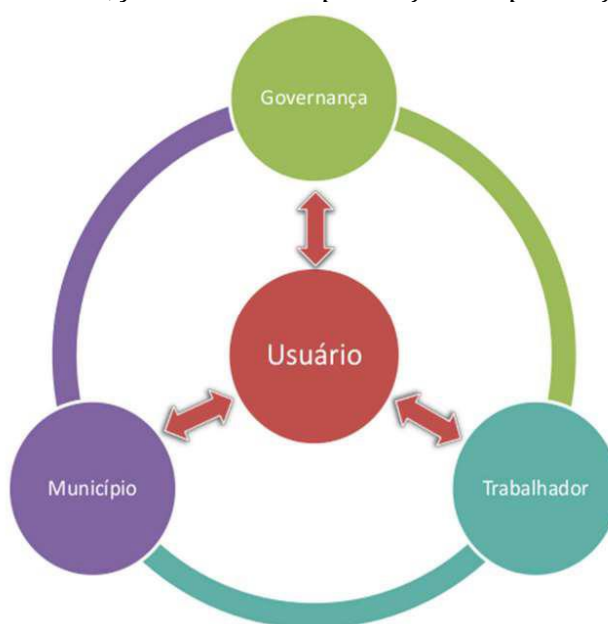
## CAPÍTULO 2-DIRETRIZ, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

- ✚ *Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.*

ODS 3 da ONU

Foram utilizados como base para a construção das metas deste PMS a Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021 relacionada as prioridades nacionais em saúde. Atualmente, são utilizados 21 indicadores universais de pactuação nacional e quatro indicadores estaduais, que representam questões de saúde que o RS e os seus 497 municípios acordaram como sendo importantes para acompanhamento no território gaúcho. Para as DOMI, que está registrado no DIGISUS, incluímos as recomendações definidas no relatório final da 7ª conferência Municipal de saúde realizada em 2019, o material coletado pelas agentes comunitárias apresentado em pequenas reuniões realizadas na Secretaria de Saúde, o PPA e a avaliação das metas PMS 2018/2021, tudo alinhado às expectativas do controle social em saúde.

- ✚ *Prestar Assistência à Saúde, fortalecendo a promoção e a prevenção*



DIRETRIZ	
Fortalecer o SUS no RS considerando a saúde de forma ampla, com universalidade, equidade, integralidade, financiamento solidário e participação social de forma descentralizada e regionalizada, visando promover a qualidade de vida da sociedade.	

Nº	Tipo	Indicador	Unidade	2022	2023	2024	2025
1	U	Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho	Nº absoluto	18	17	17	16

		circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)					
2	E	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (mif) investigados	%	100	100	100	100
3	U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	%	95	95	95	95
4	U	Proporção de vacinas selecionadas do cnv para crianças < 2 anos - pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª), poliomielite (3ª) e tríplice viral (1ª) - com cobertura vacinal preconizada	%	75	75	75	75
5	U	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (dnci) encerradas em até 60 dias após notificação	%	75	80	80	80
6	U	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	%	100%	100%	100%	100%
7	E	Número de casos autóctones de malária	Nº absoluto	NA	NA	NA	NA
8	U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	Nº absoluto	1	1	0	0
9	U	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	Nº absoluto	0	0	0	0
10	U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	%	80	80	80	80
11	U	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	Razão	0,5	0,5	0,5	0,5
12	U	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	Razão	0,3	0,3	0,35	0,4
13	U	Proporção de parto normal nos e na saúde suplementar	%	45	48	48	50
14	U	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	%	16	16	15	15
15	U	Taxa de mortalidade infantil	Nº absoluto	1	1	1	1

16	U	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Nº absoluto	0	0	0	0
17	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	%	86,13	86,13	86,13	86,13
18	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família	%	60	65	65	72
19	U	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	%	37	40	45	60
20	U	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios.	%	NA	NA	NA	NA
21	E	Ações de matriciamento realizadas por caps com equipes de atenção básica	%	NA	NA	NA	NA
22	U	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	Nº absoluto	4	4	4	4
23	U	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	%	95	95	95	95

#### INDICADORES ESTADUAIS

Nº	TIPO	INDICADOR	UNIDADE	2022	2023	2024	2025
1	RS	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar	%	60	65	70	75
2	RS	Proporção de amostras de água com presença de Escherichia coli, em soluções alternativas coletivas.	%	8	6	6	5
3	RS	Proporção de óbitos por acidentes de trabalho investigados	%	100	100	100	100
4	RS	Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho	%	39	39	39	39

Pessoas que colaboraram na construção do PMS 2022-2025

Paulo C.W. Nunes

Maria de Fátima S. Correa

Beatriz V. Porto

Leonardo Freitas

Alessandra Bitencourt

Jociane Puchpon

Raquel Goulart

Andressa Furstenu

Gabriella Jaime

Juliana Silveira

Fernanda Araújo

Samara Gonçalves

Antonio Krigger

André J. Rodrigues

Varlene dos Santos

Eldamar R. Silva

Taise Santos

## **Referências**

Plano Estadual de Saúde RS 2022-2023

Site BI – Business Intelligence

Site Datasus