



---

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**14ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

**DIAGNÓSTICO REGIONAL DE SAÚDE**  
**REGIÃO DE SAÚDE FRONTEIRA NOROESTE**  
**REGIÃO 14**

**SANTA ROSA**  
**2019**

---

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Macrorregião Missioneira .....	10
<b>Figura 2 -</b> Região 14 – Fronteira Noroeste.....	11
<b>Figura 3 –</b> Distribuição da população, por faixa etária e sexo – Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000, 2010 e 2017.....	11
<b>Figura 4 –</b> Coeficiente geral de natalidade (1.000), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017.....	12
<b>Figura 5 –</b> Proporção de idosos na população (%), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000, 2010 e 2017 .....	12
<b>Figura 6 –</b> Proporção de idosos na população (%), por sexo, Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000, 2010 e 2017 .....	13
<b>Figura 7 –</b> Proporção de idosos na população (%), por faixa etária, Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000, 2010 e 2017 .....	14
<b>Figura 8 –</b> Renda média domiciliar per capita (R\$), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1990, 2000, 2010.....	14
<b>Figura 9 –</b> Renda média domiciliar per capita (R\$), por raça/cor, região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010 .....	15
<b>Figura 10 –</b> Proporção de pessoas com baixa renda, < ½ salário mínimo (%), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010 .....	15
<b>Figura 11 –</b> Proporção de pessoas com baixa renda, < ½ salário mínimo (%), por raça/cor, Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010 .....	16
<b>Figura 12 –</b> Taxa de desemprego (%), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010.....	17
<b>Figura 13 –</b> Taxa de desemprego (%), por raça/cor, Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010.....	17
<b>Figura 14 –</b> Taxa de trabalho infantil (%), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010.....	18
<b>Figura 15 –</b> Taxa de trabalho infantil (%), por raça/cor, Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010.....	19
<b>Figura 16 –</b> Taxa de analfabetismo (%), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, Brasil, 1991, 2000 e 2010.....	20
<b>Figura 17 –</b> Taxa de analfabetismo (%), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010.....	20
<b>Figura 18 –</b> Níveis de escolaridade na população de 15 anos ou mais (%), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010 .....	21
<b>Figura 19 –</b> Percentual de cobertura vacinal por imunobiológico selecionado (%), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017 .....	22

---

<b>Figura 20</b> – Disposição inadequada de esgotos domésticos (%), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010 .....	23
<b>Figura 21</b> – Cobertura de coleta de lixo (%), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010.....	24
<b>Figura 22</b> – Cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção (%), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2014-2017 .....	24
<b>Figura 23</b> – Taxa de internações pelo SUS da população residente pelos 5 principais capítulos do CID (10.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017 ..	25
<b>Figura 24</b> – Taxa de mortalidade da população residente pelos 5 principais capítulos do CID (1.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016.....	26
<b>Figura 25</b> – Principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2017 .....	27
<b>Figura 26</b> – Principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2016.....	28
<b>Figura 27</b> – Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 habitantes), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2017 .....	29
<b>Figura 28</b> – Taxa de mortalidade por causas externas, 5 principais grupos (100.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2016 .....	29
<b>Figura 29</b> – Taxa de internação SUS devido ao risco de suicídio (100.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017.....	30
<b>Figura 30</b> – Taxa de mortalidade por suicídio (100.000 habitantes), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016 .....	31
<b>Figura 31</b> – Proporção de internação por condições sensíveis à atenção básica (%), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017 .....	31
<b>Figura 32</b> – Taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016 .....	32
<b>Figura 33</b> – Tipo de parto (%), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016.....	33
<b>Figura 34</b> – Taxa de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016.....	33
<b>Figura 35</b> – Taxa de internação do SUS por diabetes (100.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016.....	34
<b>Figura 36</b> – Taxa de mortalidade por diabetes (100.000 habitantes), Região 14 <sup>a</sup> – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016.....	34
<b>Figura 37</b> – Taxa de internação do SUS por doenças cardiovasculares (100.000 habitantes), Região 14 <sup>a</sup> – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017.....	35
<b>Figura 38</b> – Taxa de mortalidade do SUS por doenças cardiovasculares (100.000 habitantes), RS, 2013-2016.....	35
<b>Figura 39</b> – Taxa de internação do SUS por doenças respiratórias crônicas (100.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017.....	36

---

<b>Figura 40</b> – Taxa de mortalidade do SUS por doenças respiratórias crônicas (100.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017 .....	36
<b>Figura 41</b> – Taxa de internação SUS dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017 .....	37
<b>Figura 42</b> – Taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016 .....	38
<b>Figura 43</b> – Número de casos novos notificados de HIV, Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017 .....	38
<b>Figura 44</b> – Taxa bruta de óbitos por Aids (100.000 habitantes), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016 .....	39
<b>Figura 45</b> – Taxa de casos novos de tuberculose (100.000 habitantes), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017 .....	40
<b>Figura 46</b> – Coeficiente de incidência de hepatite viral A, B e C (100.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017 .....	41
<b>Figura 47</b> – Taxa de casos novos (incidência) de sífilis em gestantes (1.000 nascidos vivos), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017 .....	42
<b>Figura 48</b> – Taxa de casos novos (incidência) de sífilis em menores de 1 ano (1.000 nascidos vivos), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017 .....	42
<b>Figura 49</b> – Receita de impostos líquida e transferências constitucionais e legais (RLIT) per capita e despesas com recursos próprios municipais em ações e serviços públicos de saúde per capita, Macrorregião Missioneira, RS, 2017 .....	84
<b>Figura 50</b> – Percentual da receita própria municipal aplicada em ações e serviços públicos de saúde conforme a EC 29/2000 (mínimo constitucional de aplicação municipal 15%) per capita, Macrorregião de Saúde Missioneira, RS, 2017 .....	85
<b>Figura 51</b> – Despesa total com ações e serviços públicos de saúde per capita (recursos municipais, estaduais e federais), Macrorregião de Saúde Missioneira, RS, 2017 .....	85
<b>Figura 52</b> – Transferência de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde per capita, Macrorregião de Saúde Missioneira, RS, 2017 .....	86
<b>Figura 53</b> – Transferência de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde per capita, Macrorregião de Saúde Missioneira, RS, 2015 – 2017 .....	87
<b>Figura 54</b> – Transferência de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde por sub-função orçamentária per capita, Macrorregião de Saúde Missioneira, RS, 2017 .....	87
<b>Figura 55</b> – Total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, per capita, Macrorregião de Saúde Missioneira, RS, 2017 .....	89
<b>Figura 56</b> – Total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, per capita, Macrorregião de Saúde Missioneira, RS, 2015-2017 .....	90

---

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Coberturas de Atenção primária.....	43
<b>Tabela 2</b> - Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho .....	49
<b>Tabela 3</b> - Serviços Hospitalares da Região 14 .....	53
<b>Tabela 4</b> - Ações e Serviços por Especialidade .....	54
<b>Tabela 5</b> - Ações e serviços de apoio diagnóstico .....	58
<b>Tabela 6</b> - Sistema de apoio Assistência farmacêutica .....	62
<b>Tabela 7</b> - Estrutura da rede de Atenção da Pessoa com Deficiência .....	63
<b>Tabela 8</b> - Leitos de UTI Adulto e Pediátrica .....	68
<b>Tabela 9</b> - Estimativa número total de gestantes ano base 2017 .....	69
<b>Tabela 10</b> - Parâmetros previstos na legislação da Rede Cegonha.....	70
<b>Tabela 11</b> - Ações e Serviços de Atenção ao Pré Natal .....	72
<b>Tabela 12</b> - Parâmetro e Estimativas do Diabetes Mellitus na Região 14.....	74
<b>Tabela 13</b> - Parâmetros assistenciais da linha de cuidado da Diabetes Mellitus .....	75
<b>Tabela 14</b> - Estimativas e Parâmetros para a Hipertensão Arterial.....	78
<b>Tabela 15</b> - Necessidades de Ações e Serviços da Hipertensão Sistêmica.....	78
<b>Tabela 16</b> - Manifestações de Ouvidoria entre 2015 e 2018.....	93
<b>Tabela 17</b> - Representação das manifestações da Ouvidoria distribuídas por Classificação X Assunto .....	94

---

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	08
<b>I ANÁLISE SITUACIONAL</b> .....	10
<b>1 - ORGANIZAÇÃO DO TERRITÓRIO</b> .....	10
<b>2 - PERFIL DEMOGRÁFICO</b> .....	11
<b>3 - DETERMINANTES E CONDICIONANTES</b> .....	14
<b>4 - PERFIL DE MORBIMORTALIDADE</b> .....	25
<b>5 - ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO À SAUDE</b> .....	43
<b>5.1- ESTRUTURA DO SISTEMA</b> .....	43
<b>5.1.1- Rede de Atenção Primária à Saúde</b> .....	43
<b>5.1.2- Vigilância em Saúde</b> .....	45
5.1.2.1 – Proporção de Salas de Vacina com Alimentação Mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (Si-Pni) .....	45
5.1.2.2 – Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) .....	45
5.1.2.3 – Vigilância em Saúde do Trabalhador .....	45
5.1.2.3.1 - Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST .....	48
5.1.2.3.2 – Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho.....	48
5.1.2.4- Unidade Sentinela de Influenza.....	49
5.1.2.5- Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVEH).....	49
5.1.2.6 - Vigilância Ambiental .....	49
5.1.2.6.1 – Laboratórios Estaduais Regionais .....	50
5.1.2.7 Vigilância Sanitária .....	51
<b>5.1.3 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial</b> .....	53
5.1.3.1- Atenção Secundária e Terciária.....	54
5.1.3.2- -Sistema de Apoio ao Diagnóstico.....	58
<b>5.1.4 – Assistência Farmacêutica</b> .....	61

---

<b>5.1.5 – Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência</b> .....	63
<b>5.1.6- Rede Materno Infantil</b> .....	65
<b>5.1.7 – Rede Psicossocial</b> .....	66
<b>5.1.8- Rede de Urgência</b> .....	67
<b>5.2 - REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE</b> .....	69
<b>5.2.1- Rede Materno Infantil (gestação/pré-natal)</b> .....	69
5.2.1.1- Estimativas Populacionais .....	69
5.2.1.2- Necessidade de Ações e Serviços Atenção Pré Natal .....	72
<b>5.2.2 - Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas</b> .....	73
5.2.2.1 – Diabetes Mellitus.....	74
5.2.2.1.1- Necessidade de Ações e Serviços Diabetes Mellitus .....	75
5.2.2.2 – Hipertensão Arterial .....	77
5.2.2.2.1- Necessidade de Ações e Serviços Hipertensão Sistêmica.....	78
<b>6 - FINANCIAMENTO</b> .....	84
<b>7 - POLÍTICA DE PROMOÇÃO DE EQUIDADE EM SAÚDE</b> .....	90
7.1 - SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT .....	90
7.2 - SAÚDE PRISIONAL .....	91
7.3 - SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA .....	91
7.4 – POLÍTICAS DE SAÚDE NÃO IMPLANTADAS NA REGIÃO 14 .....	92
<b>8 – OUVIDORIA</b> .....	92
<b>9 – EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NURESC</b> .....	95
<b>II IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES REGIONAIS</b> .....	96

---

## APRESENTAÇÃO

Este documento define-se como parte do Planejamento Regional Integrado (PRI), que atende as diretrizes e critérios para a Regionalização do SUS, visando à organização das Redes de Atenção à Saúde. O instrumento atende ao proposto no art. 2º da Resolução CIT nº 37 de 22/03/2018 que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. No nível estadual a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul a partir da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) em sua Resolução nº 188/2018 definiu os critérios, períodos e prazos a fim de operacionalizar a construção do PRI.

O PRI expressa às responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

O produto desse processo de planejamento é o Plano Regional de Saúde, conforme disposto na LC nº 141/2012, e pretende expressar componentes como: a identificação do espaço regional ampliado; a identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada; as prioridades sanitárias as responsabilidades dos entes federados no espaço regional; a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional, entre outros.

Os dados apresentados a seguir referem-se às demandas e ações na área da saúde pública, que abrange os 22 municípios da Região 14 – Fronteira Noroeste. Na construção deste documento estiveram envolvidos os técnicos de diferentes setores da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, em conjunto com os representantes dos gestores municipais da 14ª Região de Saúde, além de um apoiador do Conselho de Secretaria Municipal de Saúde do RS – COSEMS/RS.

Ressalta-se que, além dos indicadores que foram orientados para análise, a região ainda acrescentou outros indicadores, pois se entendeu que são relevantes para a análise diagnóstica/situacional, além dos desenhos de estruturas e composições das redes de atenção a saúde demonstrando efetivamente as reais necessidades de saúde na Região 14 – Fronteira Noroeste.

---

Para planejar este documento, foi organizado um Grupo Condutor, formado pelos seguintes profissionais e suas representações:

- Ana Paula Konzen Riffel (14ª CRS)
- Anne Karine Frittsch Petter (14ª CRS)
- Anselmo Loureiro dos Santos (14ª CRS)
- Débora Bordignon Friedrich (14ª CRS)
- Diandra Althaus Prediger (14ª CRS)
- Edenilson Freitas Rodrigues (14ª CRS)
- Edson Luis Ziembowciz (14ª CRS)
- Frannclyn Mathias Schafer (14ª CRS)
- Karina Wahhab Kucharski (14ª CRS)
- Laiza Francieli dos Santos (14ª CRS)
- Melissa Luconi Glass (14ª CRS)
- Neiva Teresinha Kern Golfetto (14ª CRS)
- Patrícia de Moura Freitas (14ª CRS)
- Rodrigo Pedrolo (14ª CRS)
- Tamara Grando (14ª CRS)
- Tatiana Cristina da Silva (14ª CRS)
- Vanessa Cristina Kempf (14ª CRS)
- Delcio Stefan (SMS - Santa Rosa)
- Fabiane Schaffer (SMS - Cândido Godói)
- Fernando Cavalheiro (SMS - Giruá)
- Gislaine Mella (SMS - Três De Maio)
- Jacinta Froelich (SMS - Alecrim)
- Sandra Aquino (SMS - Tuparendi)
- Joice Fronza (Rep. COSEMS - RS)

Este instrumento foi submetido à apreciação da Comissão Intergestora Regional (CIR-14) Fronteira Noroeste, sendo aprovada através da Deliberação nº 28/2019.

---

# I ANÁLISE SITUACIONAL

## 1 - ORGANIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

A Macrorregião Missioneira é composta por 4 Regiões de Saúde, que são: R11 – Sete Povos das Missões, R12 – Portal das Missões, R13 – Região da Diversidade e R14 – Fronteira Noroeste, conforme figura 1 abaixo.

Figura 1- Macrorregião Missioneira



Fonte: SPGG/RS/2017

A Região 14 – Fronteira Noroeste, que compreende a 14ª Coordenadoria Regional de Saúde de Santa Rosa, é composta pelos seguintes 22 municípios: Alecrim, Alegria, Boa Vista Do Buricá, Campina Das Missões, Cândido Godói, Dr. Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São José Do Inhacorá, São Paulo Das Missões, Senador Salgado Filho, Três De Maio, Tucunduva, Tuparendi, conforme figura 2 abaixo.

Figura 2 - Região 14 – Fronteira Noroeste

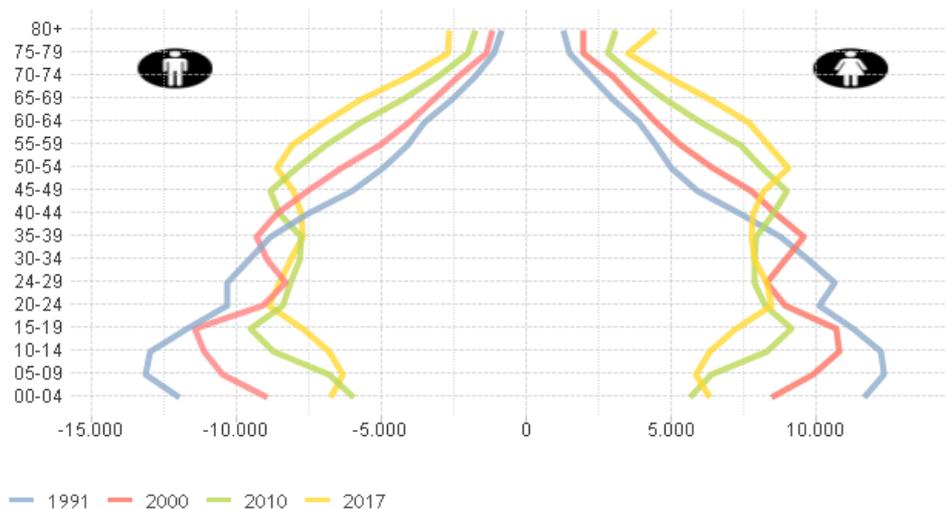


Fonte: SPGG/RS (2017)

## 2 - PERFIL DEMOGRÁFICO

A população total da Região 14 - Fronteira Noroeste no ano de 2017 era: 233.741 habitantes. Enquanto a população da Macrorregião Missioneira no mesmo período era de 911.715 habitantes.

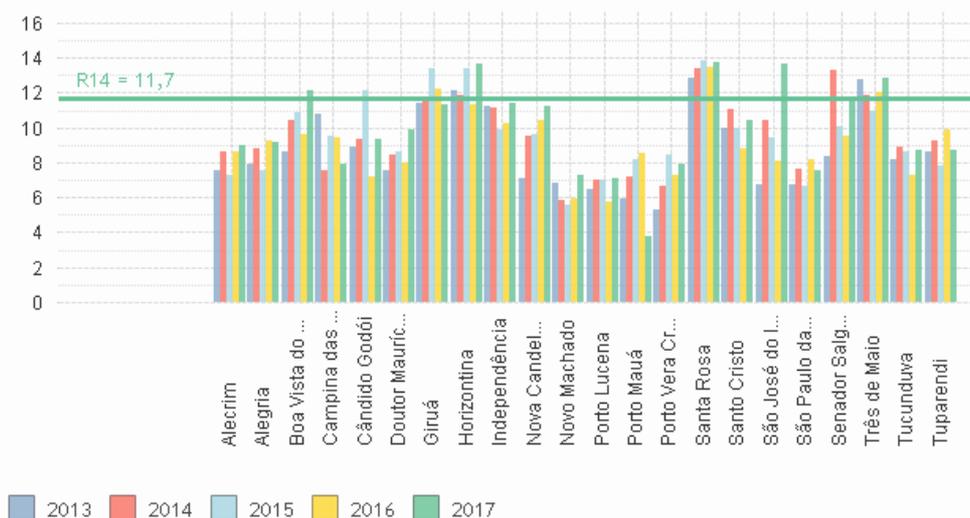
Figura 3 – Distribuição da população, por faixa etária e sexo – Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000, 2010 e 2017



Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010); SPGG/RS (2017)

Quanto à distribuição de faixa etária, figura 3, percebe-se que de 1991 a 2017 houve uma redução da faixa etária de 00 a 19 anos e um aumento significativo da faixa entre 50 a 80 anos, mudando a configuração da base da pirâmide. Quanto ao sexo não se percebeu uma diferença significativa entre os gêneros femininos e masculinos.

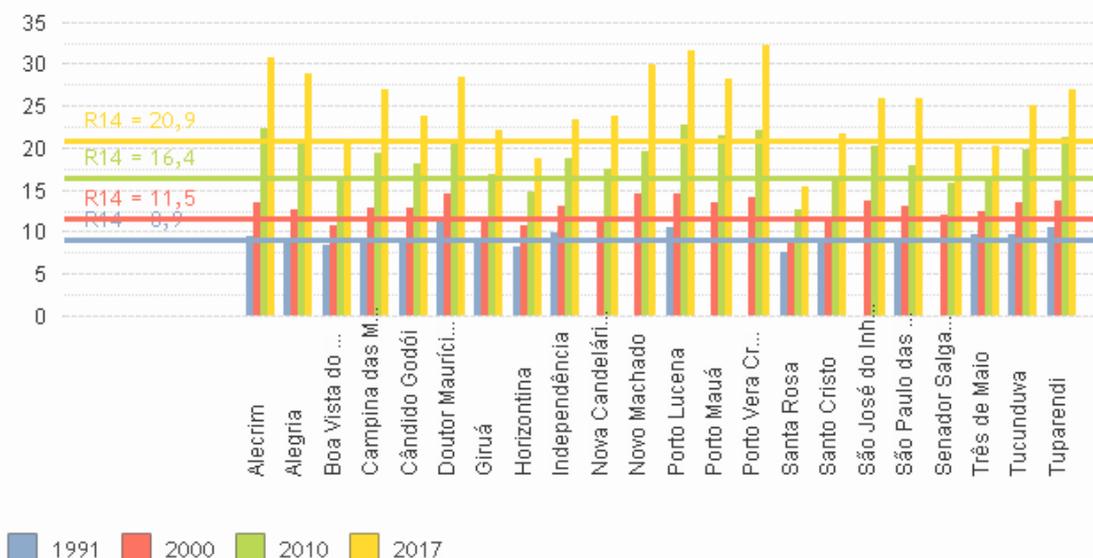
Figura 4 – Coeficiente geral de natalidade (1.000), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017



Fonte: NIS/DGTI/SES/RS

A taxa geral de natalidade na Região 14 é menor do que a média do Estado no período, sendo que, as maiores taxas ocorreram nos municípios de Giruá, Horizontina, Santa Rosa e Três de Maio, conforme figura 4, apresentada acima.

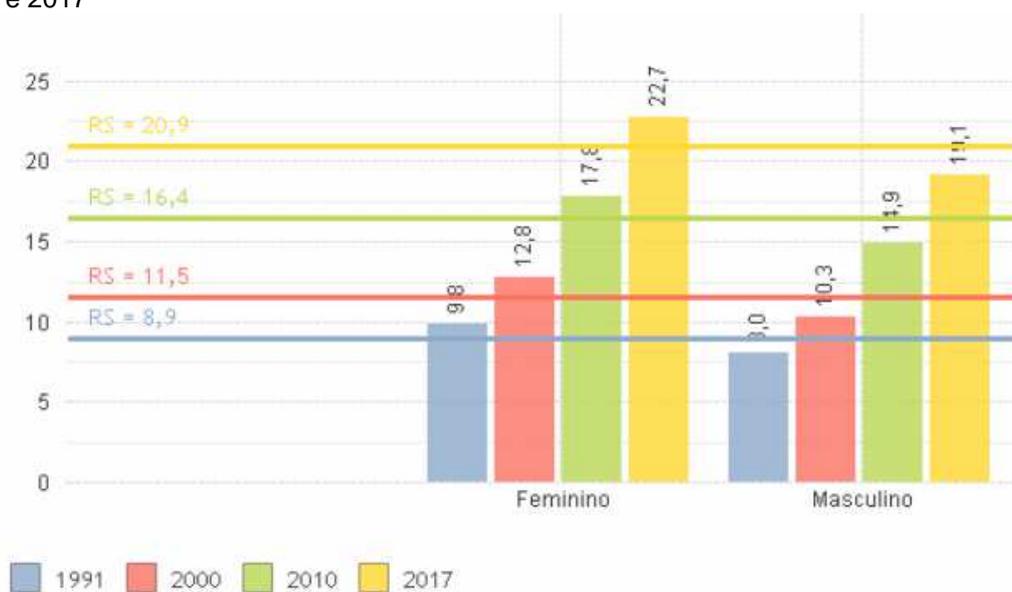
Figura 5 – Proporção de idosos na população (%), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000, 2010 e 2017



Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010); SPGG/RS (2017)

Conforme se pode observar, a proporção de idosos na Macrorregião Missioneira é maior do que aquela encontrada no RS desde 1991. Já na Região 14, é maior que da Macrorregião desde 2000. Ainda, analisando os dados de 2017 dentro da Macrorregião Missioneira, a Região 14 desponta com a maior proporção (20,9%) sendo que 17 municípios estão acima deste índice e 3 deles alcançam proporções superiores a 30%, figura 5.

Figura 6 – Proporção de idosos na população (%), por sexo, Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000, 2010 e 2017



Quanto ao sexo, figura 6 acima, os números da Região 14 acompanham o predomínio feminino verificado na Macromissioneira, sendo que a diferença entre os dois sexos é ligeiramente maior na Região 14 em todos os anos apresentados. Além disso, observa-se que diferença foi aumentando a cada ano pesquisado (era 1,8% em 1991 chegando a 3,6% em 2017). Esta é uma tendência generalizada caracterizando a feminização do envelhecimento.

Quanto a faixa etária, figura 7 abaixo, nas 3 categorias (60 a 69/70 a 79/mais de 80) verifica-se que o padrão do Estado é mantido, porém com pequeno acréscimo a partir deste para Macrorregião Missioneira e desta para Região 14.

Diante deste quadro, é urgente que gestores e equipes de saúde, de forma intersetorial, desenvolvam e implementem formas de organização que atendam a essa crescente demanda com qualidade e resolutividade.

Figura 7 – Proporção de idosos na população (%), por faixa etária, Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000, 2010 e 2017.

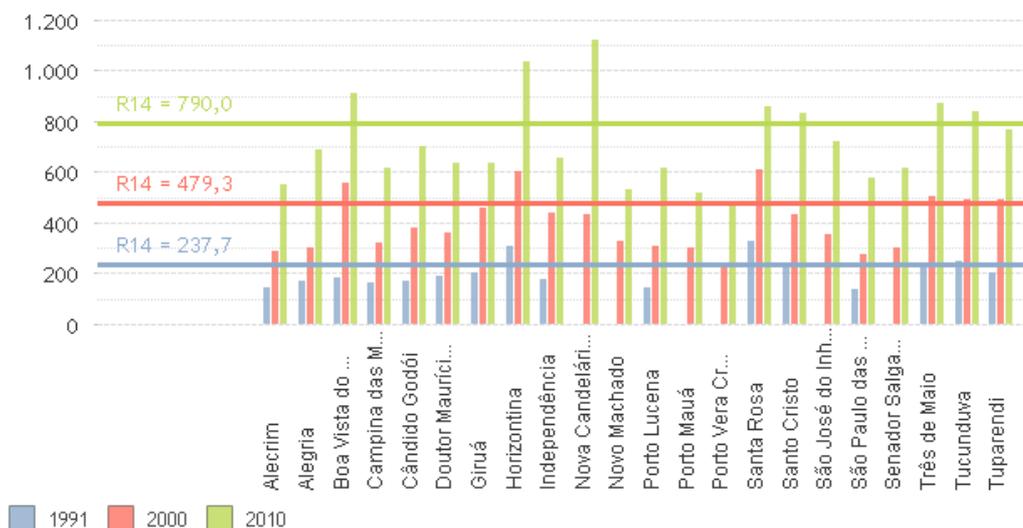


Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010); SPGG/RS (2017)

### 3 - DETERMINANTES E CONDICIONANTES

Houve um aumento na média salarial de R\$ 310,70 na renda da Região 14 de 2000 a 2010. Mesmo assim, 13 municípios ficam com a renda per capita inferior a média (790,00), como se observa na figura 8, sendo eles Alecrim, Alegria, Campina das Missões, Cândido Godói, Dr. Maurício Cardoso, Giruá, Independência, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, São José do Inhacorá e São Paulo das Missões.

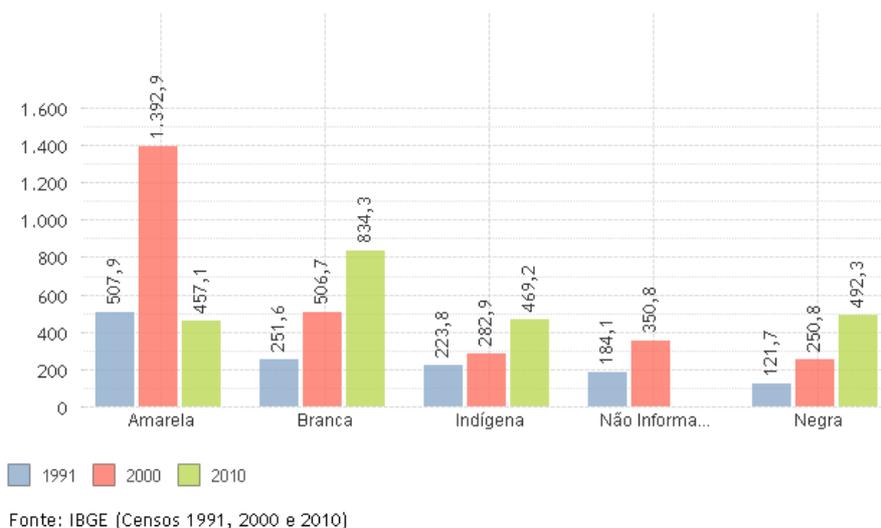
Figura 8 – Renda média domiciliar per capita (R\$), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1990, 2000, 2010



Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010)

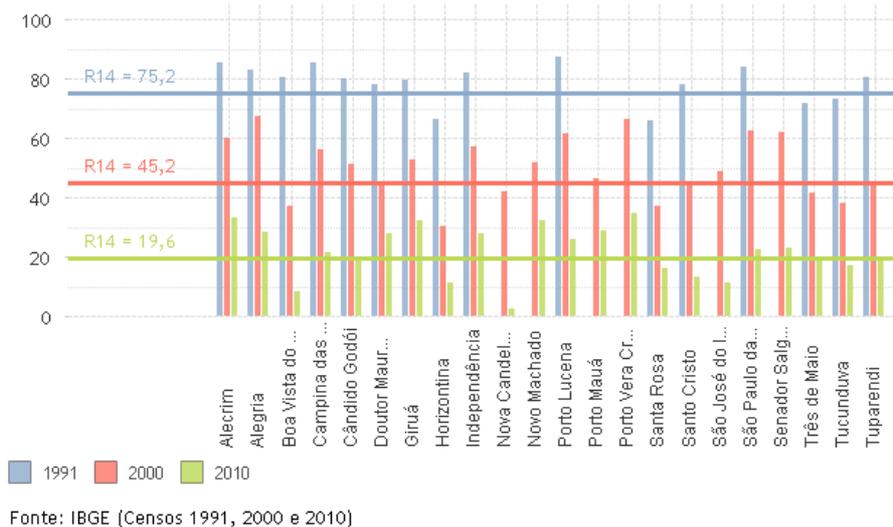
A renda interfere diretamente na saúde da população, uma vez que possuindo baixo poder aquisitivo, possui menores condições de adquirir bens e serviços de saúde, precisando essencialmente do sistema único para atender as suas demandas. Um maior nível de renda possibilita gozar de um melhor status de saúde.

Figura 9 – Renda média domiciliar per capita (R\$), por raça/cor, região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010



De acordo com o último censo em 2010, a população de raça amarela ficou com a menor renda per capita. Constata-se que houve aumento da renda em todas as categorias, mas ainda se mantém a diferença entre as raças branca e negra com esta última apresentando renda inferior.

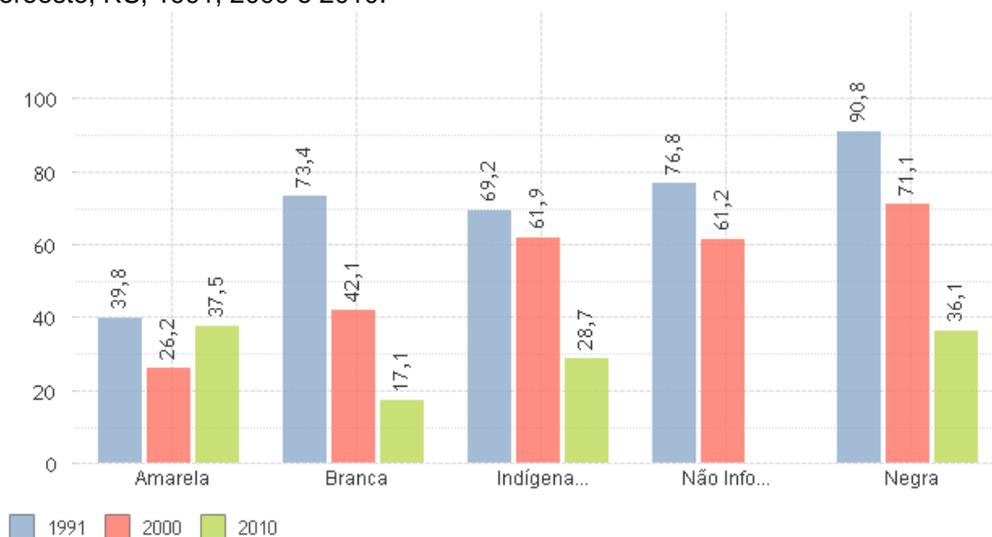
Figura 10 – Proporção de pessoas com baixa renda, < ½ salário mínimo (%), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010.



Em relação a proporção de pessoas com baixa renda, figura 10, menor que  $\frac{1}{2}$  salário mínimo, observa-se que no intervalo de 2000 há 2010 baixou de 45,2 para 19,6, reduzindo a proporção de pessoas com renda inferior a meio salário mínimo. Municípios que estão abaixo da média na Região 14 são Boa Vista do Buricá, Horizontina, Nova Candelária, Santa Rosa, Santo Cristo, São José do Inhacorá e Tucunduva.

Na figura 11 abaixo, observa-se a comparação de proporção de pessoas com baixa renda, inferior a meio salário mínimo, por raça/cor, sendo que a população negra se destaca pelos mais elevados índices nos anos comparados, e apesar da redução ao longo do tempo ainda possui percentual mais elevado, de 36,1 contra 17,1 da população branca no ano de 2010.

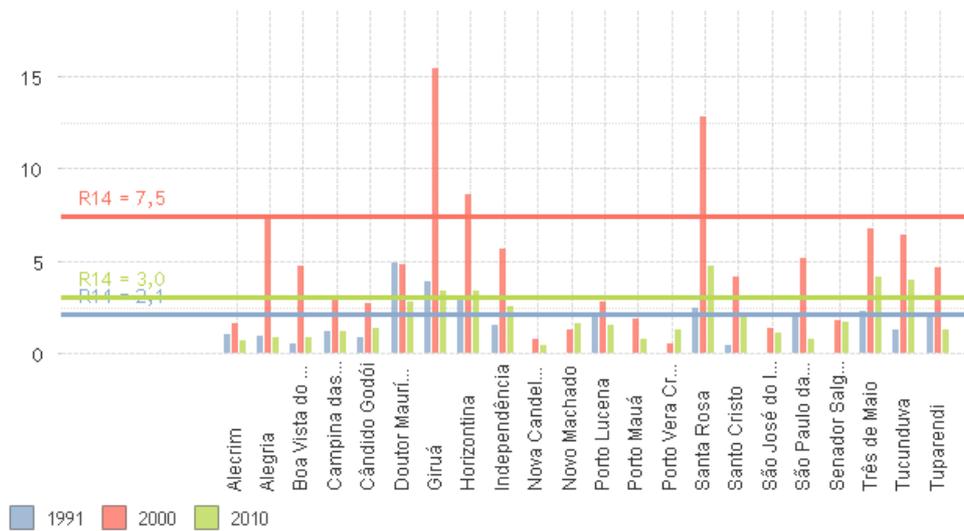
Figura 11 – Proporção de pessoas com baixa renda, <  $\frac{1}{2}$  salário mínimo (%), por raça/cor, Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010)

Observa-se na figura 12 que no ano de 1991 a taxa de desemprego era baixa na grande maioria dos municípios, ficando acima da média os municípios de Doutor Maurício Cardoso e Giruá apenas. No ano 2000, observa-se um aumento significativo na taxa de desemprego, ampliando, inclusive o número de municípios. Destacam-se os municípios de Giruá, Santa Rosa, Horizontina, Alegria Três de Maio, Tucunduva, Independência, Tuparendi e Santo Cristo. Em 2010, observa-se que a taxa de desemprego, reduziu consideravelmente em relação ao ano de 2000, permanecendo acima na média os municípios de Santa Rosa, Três de Maio e Tucunduva, mas mesmo permanecendo com uma taxa diferenciada, o índice de desemprego reduziu muito.

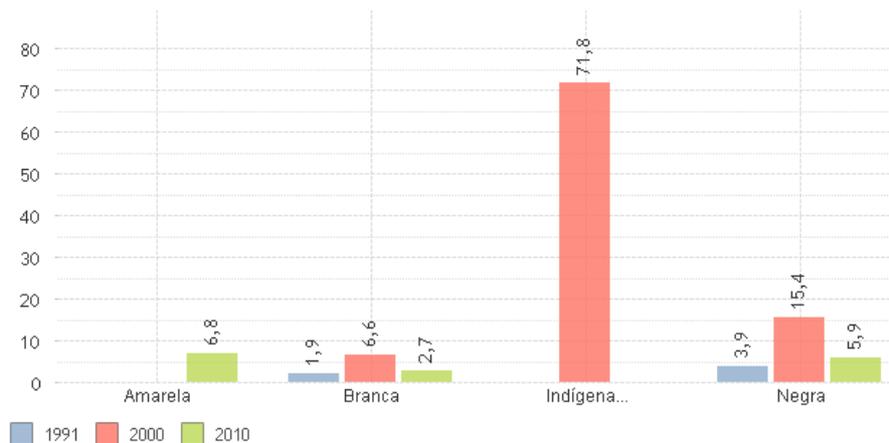
Figura 12 – Taxa de desemprego (%), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010



Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010)

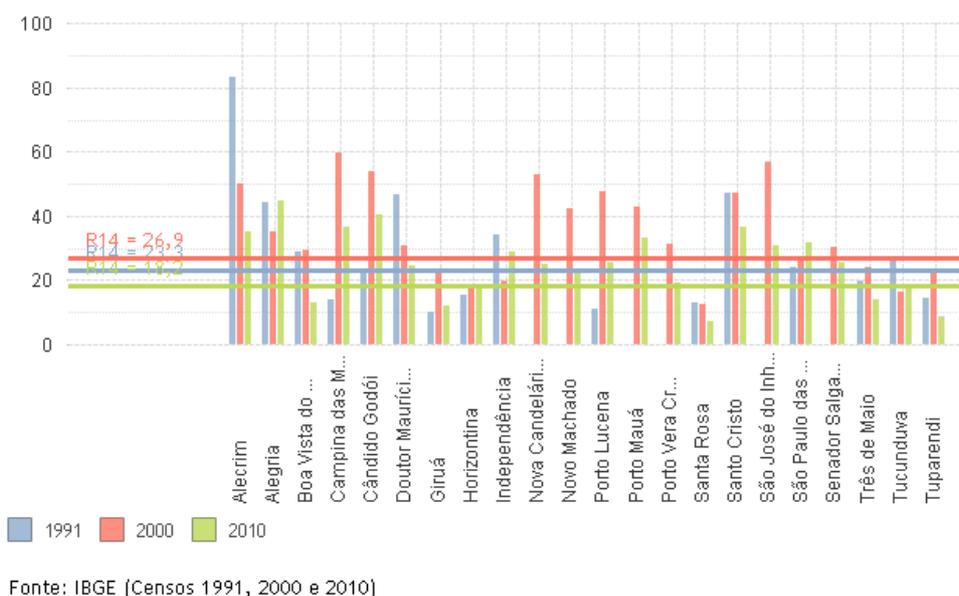
Observando a figura 13, percebe-se que a raça amarela apresentou um índice de 6,8%, no ano de 2010, não apresentando percentual em outros períodos. A raça branca apresentou uma taxa de 1,9% em 1991, 6,9% em 2000 e 2,7% em 2010, mantendo-se estável e com uma baixa taxa de desemprego. A raça indígena apresenta uma taxa altíssima de desemprego de 71,8% no ano de 2000, não aparecendo nos outros períodos avaliados. A raça negra atingiu uma taxa de 15,4% no ano de 2000, 3,9% em 1991 e 5,9% em 2010.

Figura 13 – Taxa de desemprego (%), por raça/cor, Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010)

Figura 14 – Taxa de trabalho infantil (%), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010.



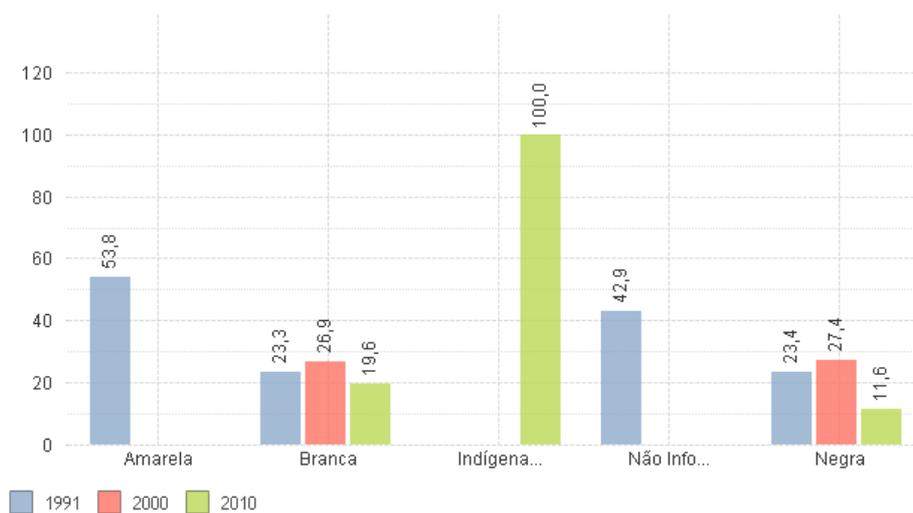
Na avaliação dos dados levantados pelo Censo do IBGE, figura 14, observa-se que na Região 14 as taxas de trabalho infantil apresentaram variação nos diferentes anos avaliados sendo que em 1991 foi de 23,3, em 2000 de 26,9 e em 2010 de 18,2. Na comparação das informações da Macrorregião Missioneira com a Região 14 pode-se observar que esta Região apresenta as maiores taxas de trabalho infantil nos anos avaliados sendo que na Macrorregião a média das taxas das quatro regiões (R11, R12, R13 e R14) foi de apenas 16,8 em 1991; 18,8 em 2000 e 15,2 em 2010. Destaque ainda para a elevação geral da taxa em 2000, mesmo comportamento observado na Região 14.

Em relação às taxas de trabalho infantil analisadas dentro dos municípios da Região 14 podemos observar que em 1991 as cinco maiores taxas foram dos municípios de: Alecrim (83,5); Santo Cristo (47,1); Doutor Maurício Cardoso (46,6); Alegria (44,3) e Independência (34,3). No censo de 1991 não constam o detalhamento das taxas dos municípios de: Nova Candelária, Novo Machado, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, São José do Inhacorá e Senador Salgado Filho a qual foram emancipados posteriormente.

Em 2000 dados levantados pelo censo do IBGE maiores taxas estão registradas nos municípios de: Campina das Missões (59,5); São José do Inhacorá (56,8); Cândido Godói (53,7); Nova Candelária (53,2) e Alecrim (49,9). Já em 2010 municípios com maiores taxas estão: Alegria (44,6); Cândido Godói (40,4); Santo Cristo (36,7); Campina das Missões (36,7) e Alecrim (35,3).

Destaca-se em especial o fato de que o município de Alecrim aparecer nos diferentes anos avaliado como município com elevadas taxas para o trabalho infantil, ao mesmo tempo em que vem apresentando queda nestas taxas durante o período avaliado, em 1991 era de 83,5 em 1991; 49,9 em 2000 e 35,3 em 2010. Município de Alecrim também se destaca por apresentar a maior queda da taxa durante os períodos avaliados. Outro comportamento interessante também se observou em relação aos municípios emancipados posteriormente a 1991 e que foram avaliados no censo de 2000 e posteriormente em 2010 onde todos eles apresentaram redução nas taxas de trabalho infantil.

Figura 15 – Taxa de trabalho infantil (%), por raça/cor, Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010.

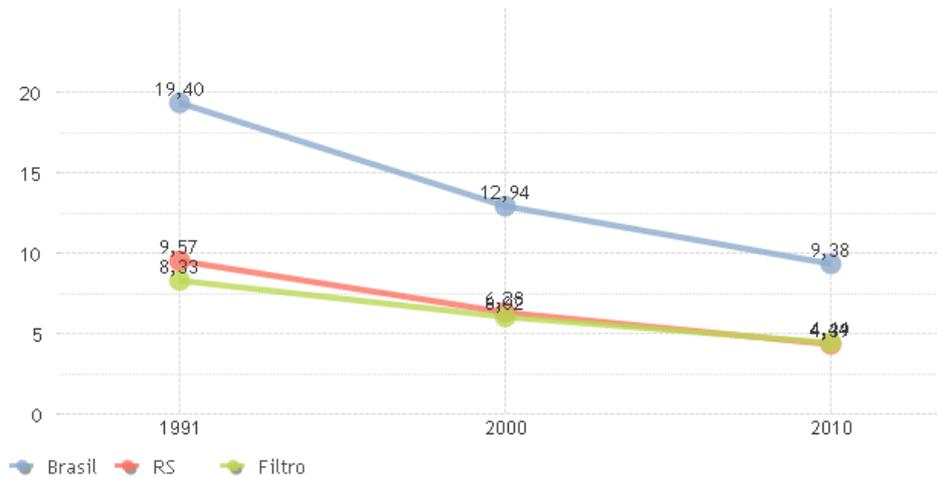


Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010)

Na avaliação das informações referentes ao trabalho infantil por raça e cor, figura 15, observa-se que em 1991 a taxa maior estava entre as raças declaradas de cor amarela seguida pelos que não informaram a cor. Não há registro de indígenas avaliadas. No censo de 2000 taxa maior estava entre a população declarada negra 27,4(%). Em 2010 a maior taxa ficou registrada entre a população indígena (100%) sendo que nos censos anteriores não há registro desta informação.

Pode-se observar que a taxa de analfabetismo no Rio Grande do Sul sempre foi abaixo da média nacional, conforme figura 16, sendo que em 1991 a diferença foi de 11,07%, em 2000 de 6,92% e em 2010 de 5,09%. O gráfico mostra uma queda na taxa de analfabetismo no Rio Grande do Sul de 5,28 % no período de 1991 a 2010. A Região 14 manteve-se com um taxa ligeiramente inferior a do Estado, quase equiparada em 2010.

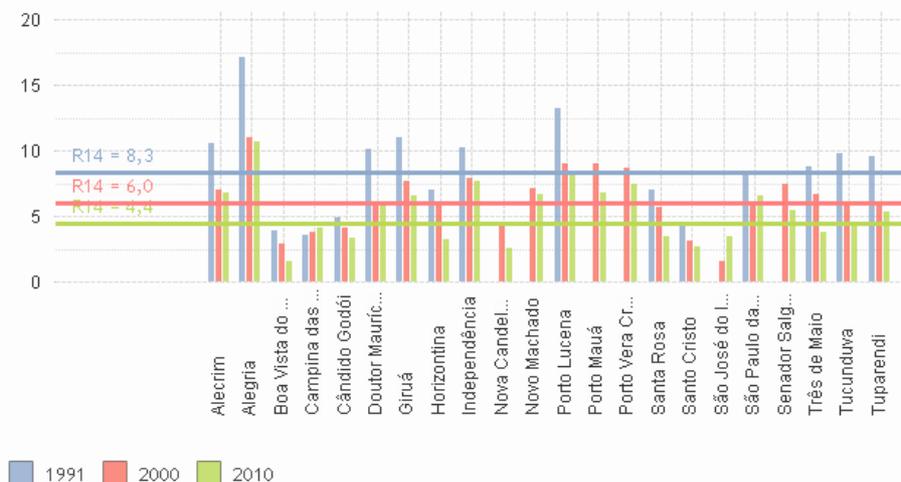
Figura 16 – Taxa de analfabetismo (%), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, Brasil, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010)

Analisando o gráfico da figura 17, pode-se observar que no geral, todos os municípios tiveram uma redução na taxa de analfabetismo no período de 1991 a 2010. Percebe-se que na década de 90 o município de Alegria apresentava um alto índice de analfabetismo, seguido de Alecrim, Doutor Maurício Cardoso, Giruá, Independência, Porto Lucena, Tucunduva e Tuparendi. Embora tenha havido uma redução considerável da taxa nestes municípios, tem alguns que ainda apresentam uma taxa de analfabetismo alta no ano de 2010, sendo eles os municípios de Alegria em primeiro lugar seguido de Independência, Porto Lucena e Porto Vera Cruz. Importante destacar os municípios com o menor índice de analfabetismo, primeiro Boa Vista do Buricá, seguido de Nova Candelária, Santa Rosa, São José do Inhacorá, Horizontina e Cândido Godói.

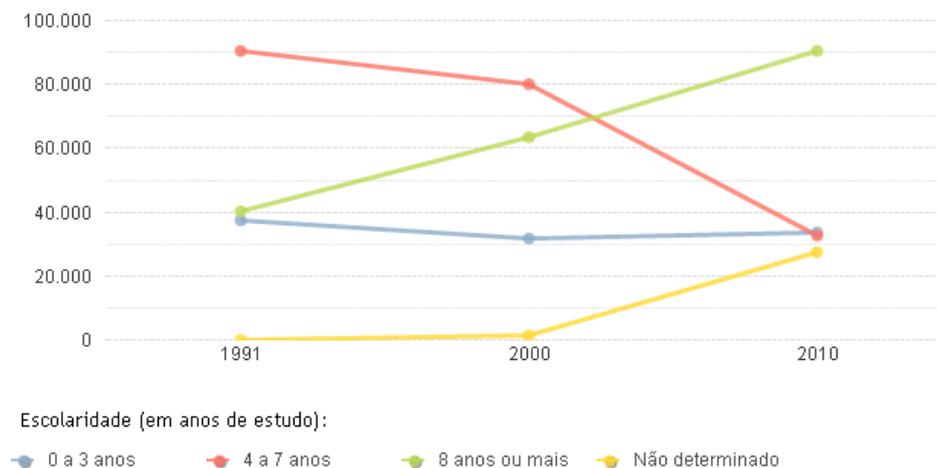
Figura 17 – Taxa de analfabetismo (%), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010)

Os níveis de escolaridade na população de 15 anos ou mais, conforme figura 18 abaixo, na Região 14, assim como no Estado do Rio Grande do Sul, demonstram uma leve queda na quantidade pessoas acima dos 15 anos com zero a 3 anos de estudo apenas. Em relação às pessoas com mais de 15 anos que possuem de 4 a 7 anos de estudos observa-se um acentuado decréscimo, enquanto pessoas com mais de 8 anos de estudos se elevou substancialmente, o que é um fator positivo, demonstrando que a população este se qualificando mais, passando mais tempo em salas de aula, melhorando não apenas os índices de educação, como também a qualidade de vida em geral, inclusive o cuidado e preocupação com a saúde.

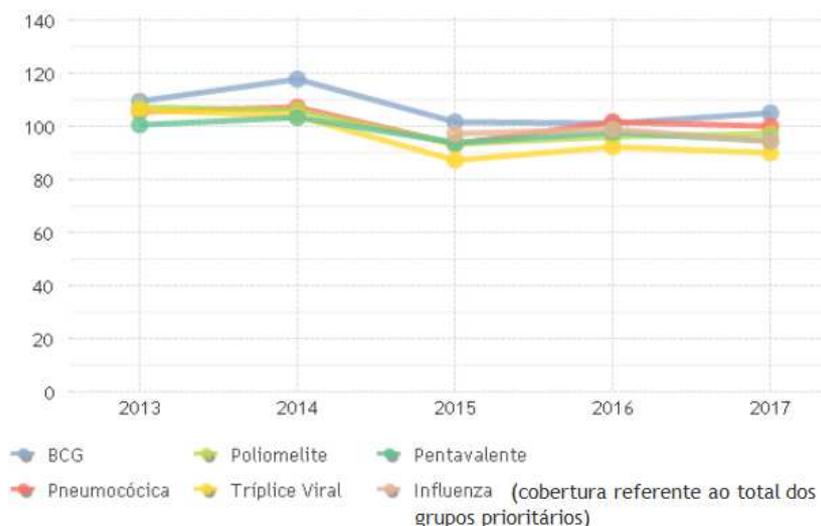
Figura 18 – Níveis de escolaridade na população de 15 anos ou mais (%), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010)

Percebe que no Estado e na Macrorregião Missioneira houve um declínio nas coberturas vacinais a partir do ano de 2013. Observa-se que no período de 2015 a 2017, em todas as esferas ocorreu uma oscilação nas coberturas vacinais, sendo que a Região 14 manteve níveis mais estáveis. As coberturas mais altas são verificadas na vacina BCG. Destaca-se que a vacina tríplice viral apresenta coberturas abaixo dos 95% que é o preconizado como cobertura mínima ideal, figura 19.

Figura 19 – Percentual de cobertura vacinal por imunobiológico selecionado (%), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017.



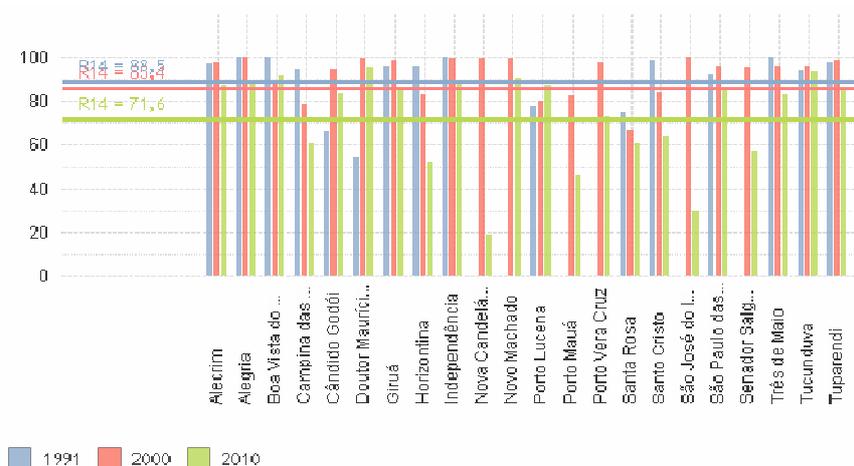
Fonte: SI-PNI/DATASUS.

O percentual de disposição inadequada de esgoto domiciliar diminuiu ao longo dos anos nos municípios da Região 14, figura 20 abaixo. Apesar disso, dados do último censo indicam que apenas 28,4% da população possui esgoto doméstico apropriado.

Destaca-se Nova Candelária e São José do Inhacorá com os menores índices de disposição inadequada de esgoto em 2010, pois reduziram este índice em 80,4% e 69,4%, respectivamente, no período analisado. Os municípios Campina das Missões, Horizontina, Nova Candelária, Porto Mauá, Santa Rosa, Santo Cristo, São José do Inhacorá e Senador Salgado Filho possuem percentual de disposição adequada de esgoto doméstico, com média superior a média regional.

Este indicador pode apontar para o risco de doenças de veiculação hídrica, uma vez que a disposição inadequada de esgotos pode contaminar fontes de abastecimento de água. O número de doenças diarreicas agudas pode ser relacionada com este indicador.

Figura 20 – Disposição inadequada de esgotos domésticos (%), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010.

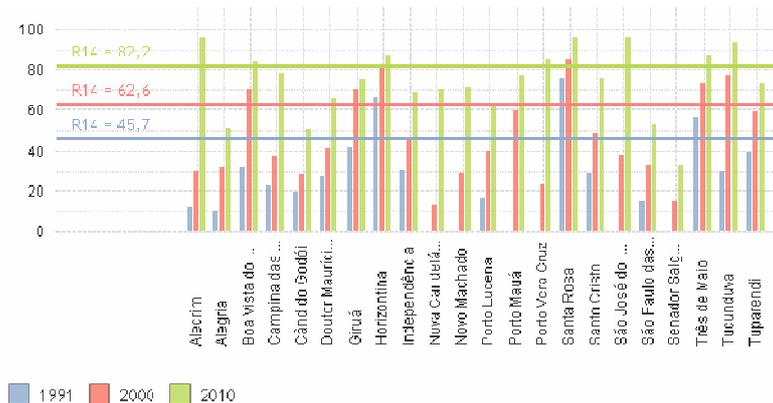


Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010)

No período de 1991 a 2010, o percentual de cobertura de coleta de lixo na Região 14 aumentou 80%, conforme se observa na figura 21 abaixo. Há um crescimento gradativo no número de municípios que estão acima da média regional. Os destaques são Alecrim, Santa Rosa e Tucunduva, com mais de 90% da cobertura de coleta de lixo. Os municípios de Alegria, Cândido Godói, São Paulo das Missões e Senador Salgado Filho possuem menos de 55% de cobertura, valor bem inferior a média desta regional. Enquanto o município de Senador Salgado Filho é o mais preocupante da região, com a menor cobertura de coleta de lixo. Embora este município aumentou 17,27% em 10 anos, este aumento é pouco significativo quando comparado com outros municípios, como Nova Candelária, que aumentou 56,9% no mesmo período.

Este indicador aponta para um possível descarte inadequado de resíduos sólidos, o que pode levar a proliferação de roedores, insetos e animais silvestres nas proximidades destas áreas. Tais animais podem transmitir doenças como leptospirose, dengue e outras.

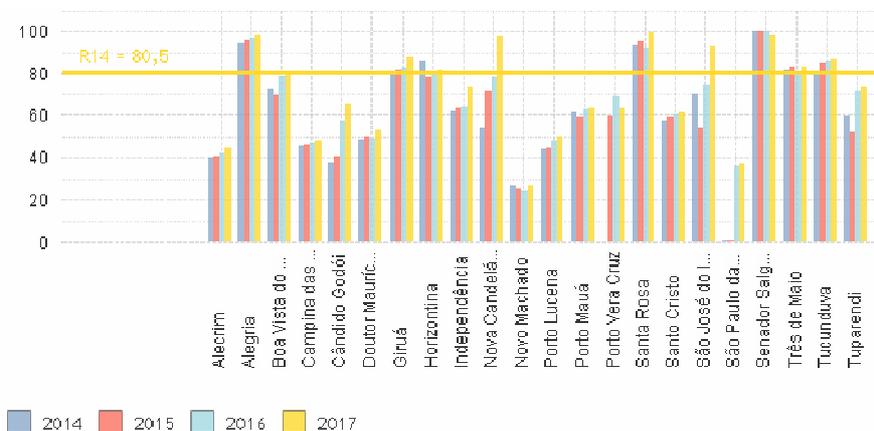
Figura 21 – Cobertura de coleta de lixo (%), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010)

A cobertura de abastecimento de água para consumo humano com desinfecção é um indicador crítico na Região 14, conforme se observa na figura 22 abaixo. A maioria dos municípios está com percentual de cobertura abaixo, de 80,5%, com exceção de Alegria, Giruá, Horizontina, Nova Candelária, Santa Rosa, São José do Inhacorá, Senador Salgado Filho, Três de Maio e Tucunduva. Vale ressaltar que 15 dos 22 municípios possuem Sistema de Abastecimento de Água. Os destaques positivos são para os municípios que, mesmo não tendo S.A.A., possuem cobertura satisfatória, com bons indicadores: Alegria, Nova Candelária e Senador Salgado Filho. Observam-se dificuldades no município de Novo Machado, que atingiu apenas 30% em todos os anos analisados. A desinfecção, se aplicada da maneira correta, garante a diminuição efetiva do risco que a população corre em relação a doenças de veiculação hídrica, causadas por patógenos presentes na água.

Figura 22 – Cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção (%), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2014-2017.

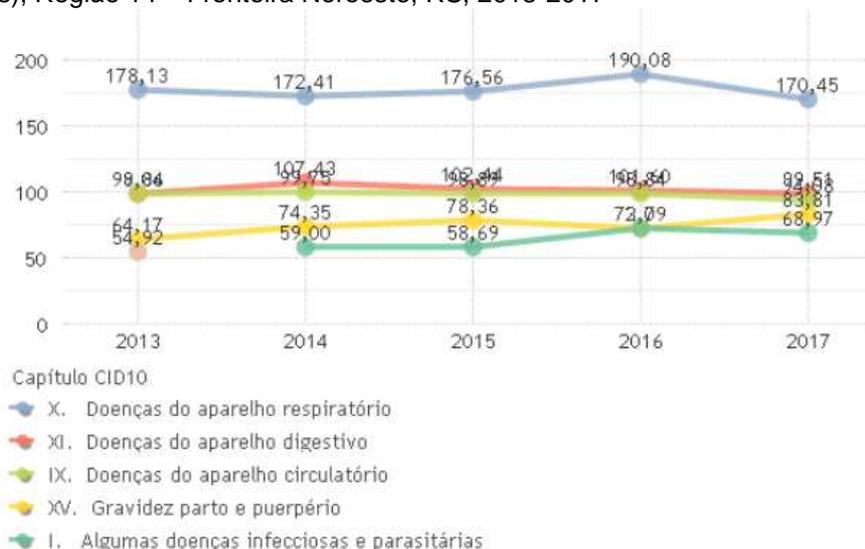


Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - SISAGUA - DATASUS/MS

#### 4 - PERFIL DE MORBIMORTALIDADE

A Região 14 analisou a morbidade e mortalidade quanto aos 5 principais capítulos do CID, por grupo etário, notificações por violência, risco de suicídio, tipos de parto, relacionado a diabetes, por doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, tipos de câncer mais prevalente, hepatite, entre outros para avaliar as condições da sua população.

Figura 23 – Taxa de internações pelo SUS da população residente pelos 5 principais capítulos do CID (10.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017



Fonte: SIH/DATASUS

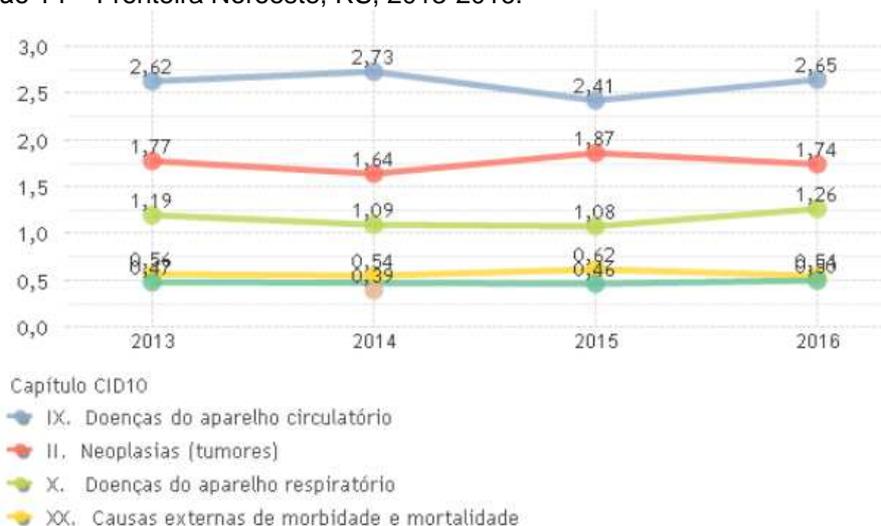
Verifica-se na figura 23 acima, que as doenças do aparelho respiratório são responsáveis pelo maior número de internações no período de 2013 a 2017, seguidos das doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho circulatório em segundo lugar. Em terceiro lugar destaca-se a gravidez e puerpério entre 2013 a 2017 e algumas doenças infecciosas e parasitárias entre 2014 a 2017.

Quanto a taxa de mortalidade por capítulo do CID, figura 24 abaixo, verifica-se que a ordem das cinco principais causas de mortalidade por 1000 habitantes é a mesma na Região 14 e no Estado, sendo por ordem de importância: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, causas externas e doenças endócrinas.

Quanto às frequências vê-se uma maior prevalência das três primeiras causas (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório) na

Região 14, enquanto que as causas externas têm prevalência maior no Rio Grande do Sul. Este perfil é de regiões que estão na transição para sociedades mais desenvolvidas, pois existe prevalência maior de causas de mortalidade por doenças circulatórias e neoplasia. Estas causas são mais prevalentes em população mais envelhecida. Também percebemos que não figuram as causas infecto-contagiosas, típicas de países subdesenvolvidos. Destaque para as causas externas, por poder ser evitada a possibilidade de morte por acidente de trânsito, de trabalho ou violência.

Figura 24 – Taxa de mortalidade da população residente pelos 5 principais capítulos do CID (1.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016.



Fonte: SIM/DATASUS

Avaliando a figura 25 abaixo, observa-se que, na Região 14, em menores de um ano até nove anos a maior causa de internação é de doenças do aparelho respiratório, na faixa etária entre 10 a 49 anos as causas de internação são de gravidez parto e puerpério, na faixa etária de 50 a 59 anos a primeira causa de internações é de doenças do aparelho digestivo e na população entre 60 a 80 anos ou mais a maior causa de internação são as doenças do aparelho respiratório.

A segunda maior causa de internações em menores de um ano é de algumas afecções originadas no período perinatal, seguidos em terceiro lugar algumas doenças infecciosas e parasitárias, na faixa etária de 01 a 09 anos é de algumas doenças infecciosas e parasitárias, e em terceiro lugar as doenças do aparelho digestivo. Na faixa etária de 10 a 19 anos a segunda maior causa são as doenças do aparelho respiratório e a terceira causa são as doenças do aparelho digestivo. Na faixa etária de 20 a 49 anos a segunda maior causa de internações são as doenças do aparelho digestivo e nas faixas

etárias de 50 a 80 anos ou mais a segunda maior causa são as doenças do aparelho circulatório.

A terceira maior causa de internações na população de 20 a 29 anos são as lesões por envenenamento e outras consequências por causas externas. Na população de 30 a 49 anos a terceira maior causa são as de doenças do aparelho geniturinário. De 50 a 59 anos a terceira maior causa são as doenças do aparelho respiratório, de 60 a 69 anos são as doenças do aparelho digestivo e de 80 anos ou mais são as algumas doenças infecciosas e parasitárias.

Figura 25 – Principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2017.

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	X. Doenças do aparelho respiratório (41,5%)	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (30,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (16,8%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (3,2%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (2,6%)
01-09	X. Doenças do aparelho respiratório (54,9%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (16,4%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (9,6%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (4,6%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (2,2%)
10-19	XV. Gravidez parto e puerpério (23,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (13,6%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (13,4%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,0%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (9,9%)
20-29	XV. Gravidez parto e puerpério (48,2%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (9,5%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (8,9%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (7,9%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (6,1%)
30-49	XV. Gravidez parto e puerpério (20,1%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (15,8%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (10,2%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (9,2%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (8,3%)
50-59	XI. Doenças do aparelho digestivo (17,7%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (15,8%)	X. Doenças do aparelho respiratório (14,4%)	II. Neoplasias (tumores) (11,7%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (6,9%)
60-79	X. Doenças do aparelho respiratório (24,4%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (20,7%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (12,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (8,7%)	II. Neoplasias (tumores) (7,8%)
80+	X. Doenças do aparelho respiratório (33,6%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (22,3%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,5%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (8,0%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (5,8%)

Fonte: SIH/DATASUS

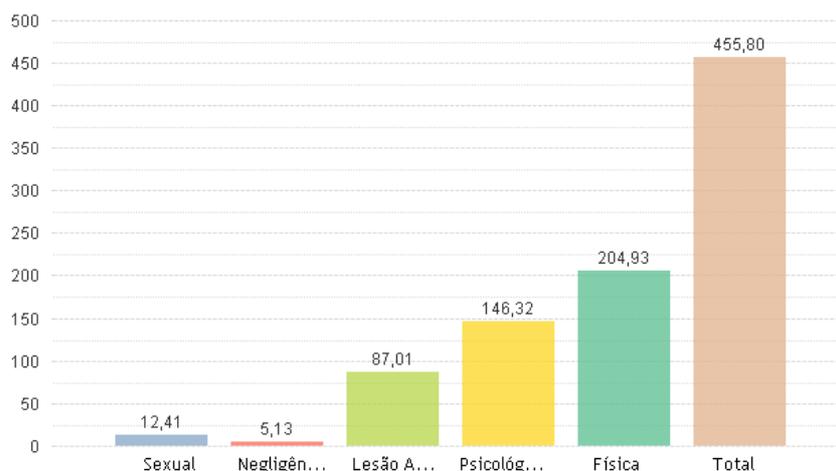
Figura 26 – Principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2016.

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (55,6%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (37,0%)	VI. Doenças do sistema nervoso (3,7%)	X. Doenças do aparelho respiratório (3,7%)	(0,0%)
01-09	X. Doenças do aparelho respiratório (25,0%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (25,0%)	XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec conjuntivo (25,0%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (25,0%)	(0,0%)
10-19	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (71,4%)	II. Neoplasias (tumores) (14,3%)	VI. Doenças do sistema nervoso (7,1%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (7,1%)	(0,0%)
20-29	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (60,0%)	II. Neoplasias (tumores) (12,0%)	VI. Doenças do sistema nervoso (12,0%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (8,0%)	X. Doenças do aparelho respiratório (4,0%)
30-49	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (29,3%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (18,0%)	II. Neoplasias (tumores) (17,3%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (7,5%)	X. Doenças do aparelho respiratório (6,8%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (34,8%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (19,0%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (12,2%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (9,5%)	X. Doenças do aparelho respiratório (9,0%)
60-79	IX. Doenças do aparelho circulatório (32,8%)	II. Neoplasias (tumores) (26,3%)	X. Doenças do aparelho respiratório (15,2%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (7,3%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (3,1%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (40,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (19,7%)	II. Neoplasias (tumores) (11,7%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (5,5%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (5,3%)

Fonte: SIM/DATASUS

Quanto ao comparativo das causas de mortalidade por faixa etária e os capítulos do CID, figura 26, também existem semelhanças no perfil. Destaca-se as causas externas como principal fator a partir de um ano de idade até 50 anos incompletos, com exceção da idade entre 01 a 09 anos, onde na Região 14, diferentemente do Estado do Rio Grande do Sul (primeira causa), esta causa ocupa o quarto lugar, ficando as causas respiratórias como principal causa. As doenças endócrinas, em ambas as tabelas, aparecem pela primeira vez como uma das cinco principais causas de mortalidade a partir dos sessenta anos, confirmando o que diz a literatura quanto a incidência maior de diabetes tipo dois e de suas complicações nestas faixas etárias.

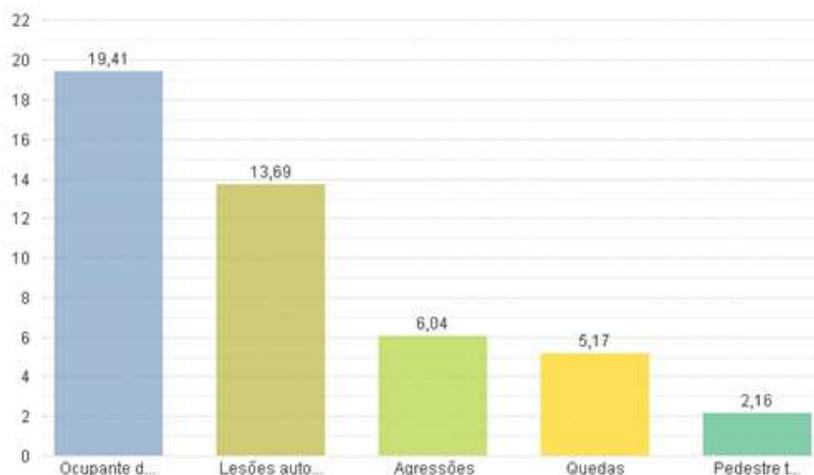
Figura 27 – Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 habitantes), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2017



Fonte: SINAN/DATASUS.

Percebe-se que a taxa de notificação, figura 27, ocorre mais nos casos de violência física, psicológica e lesão auto provocada, tanto no RS, como na Macrorregião Missioneira e Região 14, sendo que esta apresenta maiores taxas de notificação em relação ao Estado e Macrorregião. Em nível estadual a negligência e violência sexual é o tipo de violência que apresenta maiores taxas de notificação. Embora, sejam boas as taxas de notificação nos demais tipos de violência, as mesmas não representam a totalidade das ocorrências, sugerindo com isso subnotificação. Faz-se necessário sensibilizar a equipe de saúde sobre importância da notificação de todas as situações de violência para assim conhecer a realidade e com isso estabelecer Políticas Públicas, e criar redes de atenção e proteção às Pessoas em Situação de Violência.

Figura 28 – Taxa de mortalidade por causas externas, 5 principais grupos (100.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2016.



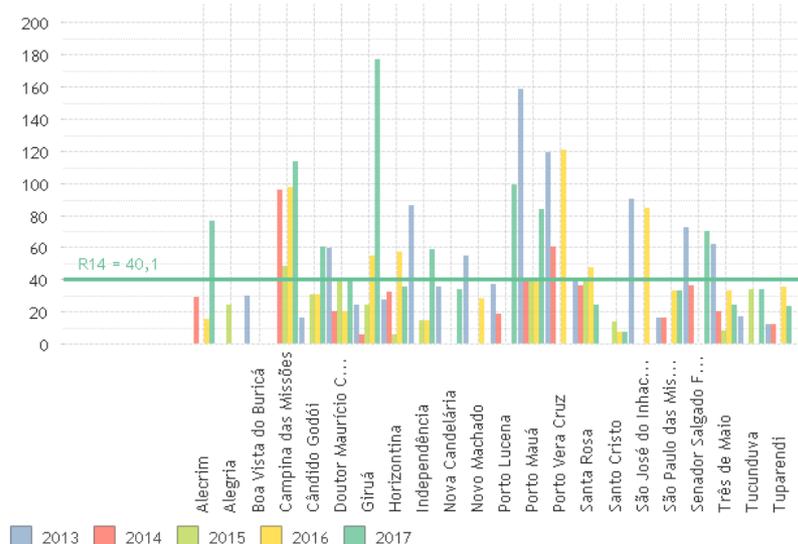
Fonte: SIM/DATASUS.

Na figura 28, quanto às taxas de mortalidade por causas externas, existe uma grande diferença entre a Região 14 e o resto do Estado do Rio Grande do Sul. Nesta região a principal causa seria ocupante de veículos (acidentes de trânsito), enquanto que no Estado, a principal causa é agressão. A agressão como principal causa no Estado do Rio Grande do Sul, corrobora as teses de aumento da violência por questões de tráfico de drogas, assaltos e feminicídio. A segunda causa seria de lesões autoprovocadas.

Esses dados confirmam as pesquisas que indicam que no Rio Grande do Sul existe uma maior prevalência de suicídios, comparadas as taxas mundiais e até mesmo a taxa nacional. Mas analisando mais profundamente os dados percebemos que a taxa por esta causa ainda é maior na Região 14, confirmando também os estudos que indicam que, no Rio Grande do Sul, esta região exibe uma maior prevalência de suicídio.

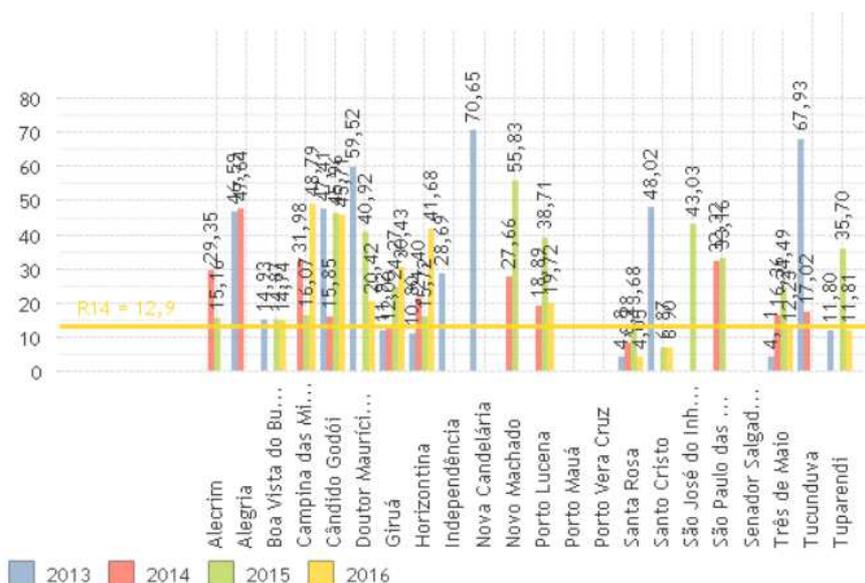
Em relação à taxa de internação devido ao risco de suicídio, no Estado do Rio Grande do Sul, ao longo do período avaliado (2013-2017) percebe-se um crescimento nas taxas de notificações, sendo a média em 2017 64,0, enquanto na Macrorregião Missioneira o comportamento é o mesmo e a taxa média em 2017 é 68.9, maior que a do Estado como um todo. Já na Região 14, figura 29, observa-se a taxa de 40,1% em 2017 de internações SUS devido ao risco de suicídio, inferior ao Estado e a Macrorregião.

Figura 29 – Taxa de internação SUS devido ao risco de suicídio (100.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017.



Fonte: SIH/DATASUS

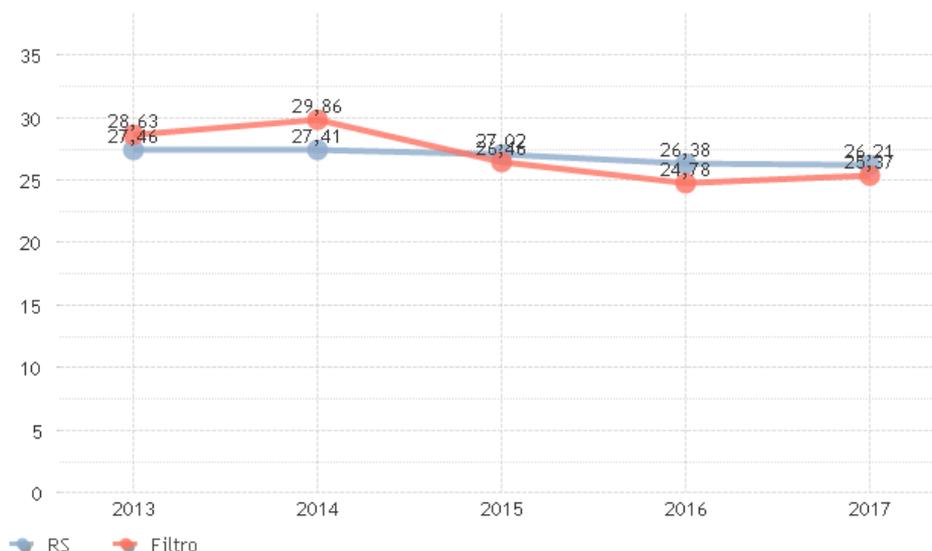
Figura 30 – Taxa de mortalidade por suicídio (100.000 habitantes), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016



Fonte: SIM/DATASUS.

Percebe-se que a taxa de mortalidade por suicídio, figura 30, na Macrorregião Missioneira (12,9) bem como na Região 14 (12,9) é mais elevada do que a taxa estadual (10,4), e ao fazer a análise por município, verifica-se taxas ainda mais elevadas.

Figura 31 – Proporção de internação por condições sensíveis à atenção básica (%), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017.



Fonte: SIH/DATASUS

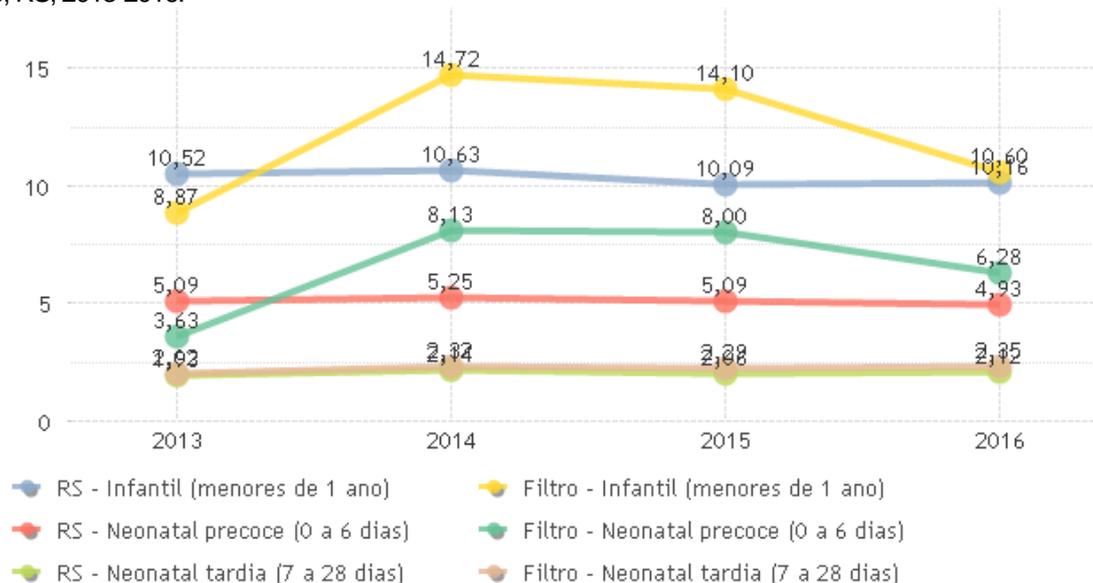
Em relação ao indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), figura 31, pode-se observar tendência de decréscimo nas proporções do

indicador na Região 14 em relação à média do Estado. Identificou-se que o índice de ICSAB tem maior predominância no sexo feminino (26,91%) e a faixa etária predominante foi de zero a quatorze anos (0-14 anos).

A cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) nesta região é de 92%, apenas 3 dos 22 municípios não possuem 100% de cobertura. Aumentar a cobertura de ESF pode ser uma estratégia para redução das ICSAB, uma vez que amplia o acesso ao usuário, podendo oferecer um atendimento resolutivo, reduzindo assim as ICSAB.

Já quanto a taxa de mortalidade infantil, figura 32, na Região 14 em 2014 (14,72) e 2015 (14,10) foi maior do que a média do Estado do RS (10,63 e 10,09), este aumento ocorreu devido ao aumento da taxa de mortalidade neonatal precoce.

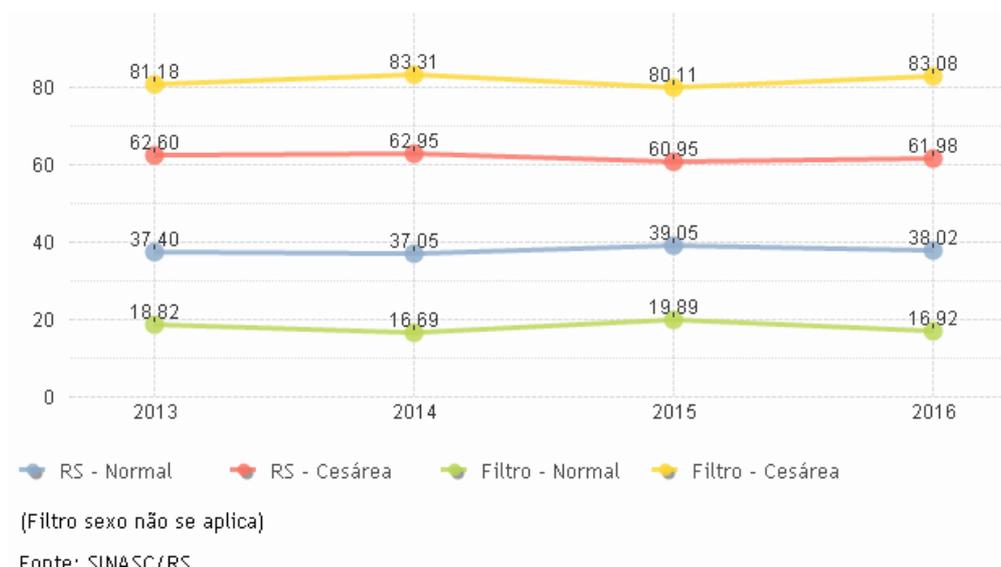
Figura 32 – Taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016.



Fonte: SIM/DATASUS

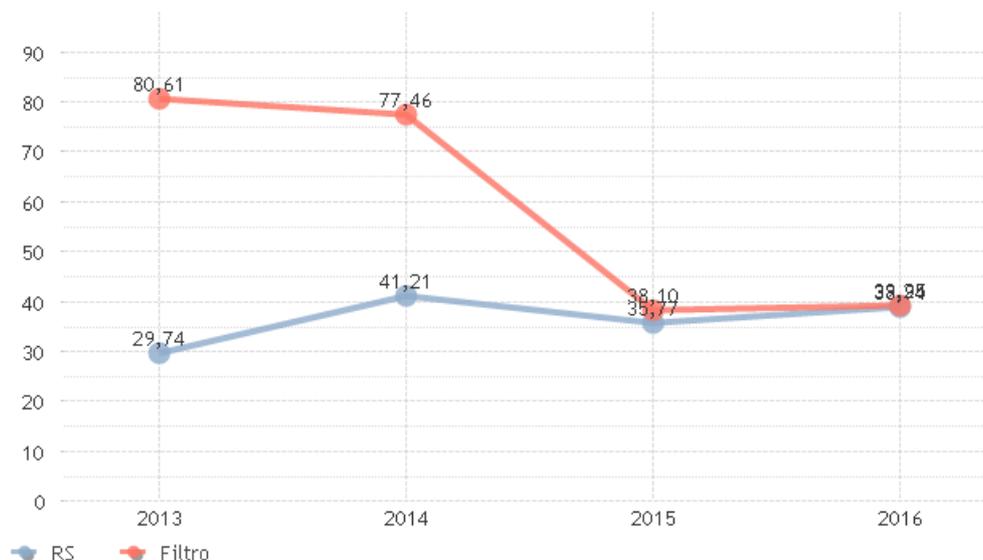
O percentual de parto normal referente à Região 14, figura 33, apresenta taxas baixas referente ao período de 2013 a 2016 (18,82%; 16,69%; 19,89%; 16,92%), em comparação com as taxas do Estado RS (37,40%; 37,05%; 39,05%; 38,02%). Em relação aos partos cesáreos, no mesmo período, realizados nos municípios de abrangência desta região não houve alterações significativa no percentual que continua elevado (81,18%; 83,31%; 80,11%; 83,08%), em comparação com os números do Estado do RS (62,60%; 62,95%; 60,95% e 61,98%).

Figura 33 – Tipo de parto (%), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016.



Em relação ao número de óbitos maternos em determinado local e residência entre os anos de 2013 a 2016, figura 34, ocorreu uma redução de 42,36% no número de óbitos maternos na Região 14, alcançando a média estadual (em 2016 – 38,25).

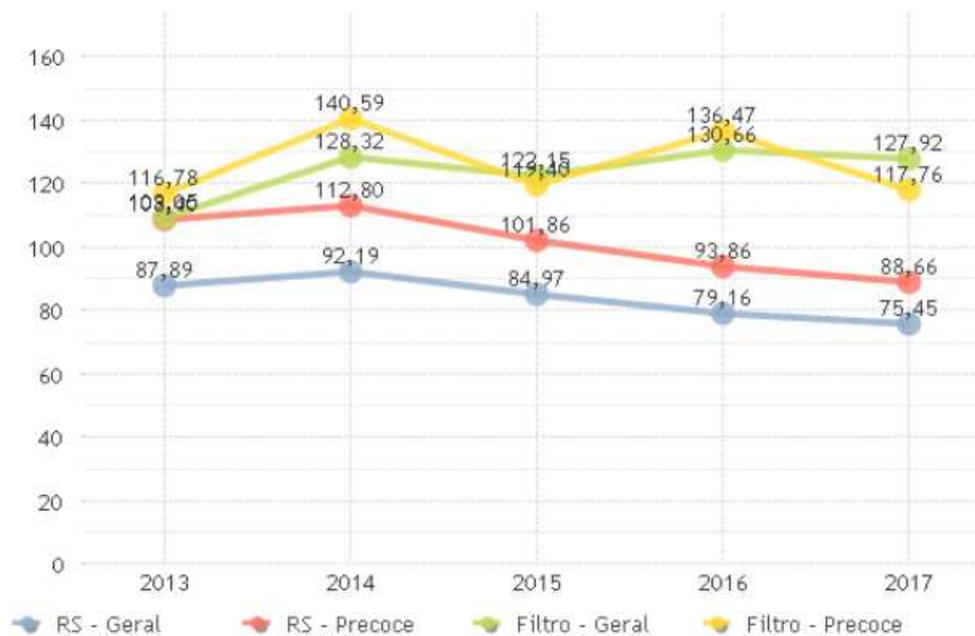
Figura 34 – Taxa de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016.



Fonte: SIM/DATASUS

Em relação a taxa de internação por diabetes mellitus, a Região 14 apresenta média maior que a do Estado do RS, no período não se observa diferença nas taxas de mortalidade. Na Região 14, a taxa de internação decresceu e a da mortalidade aumentou.

Figura 35 – Taxa de internação do SUS por diabetes (100.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016.

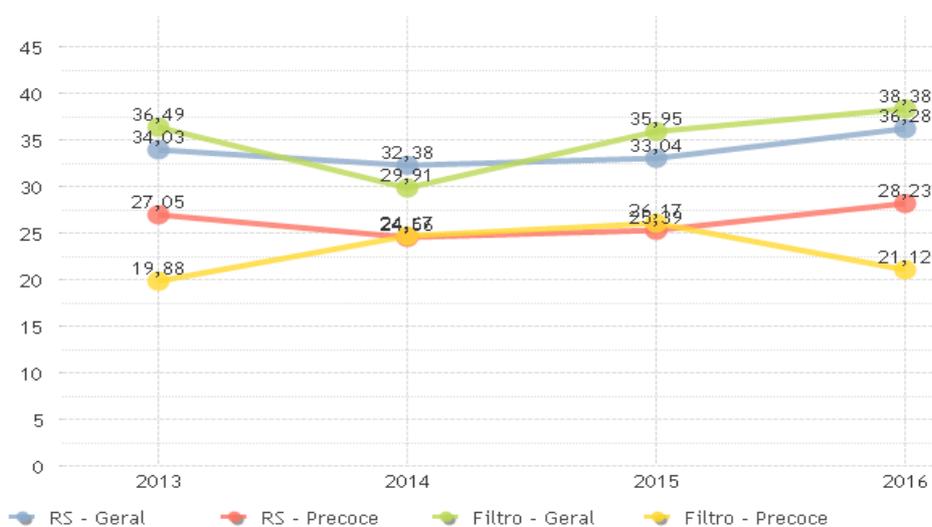


(Filtro faixa etária não se aplica)

Fonte: SIH/DATASUS.

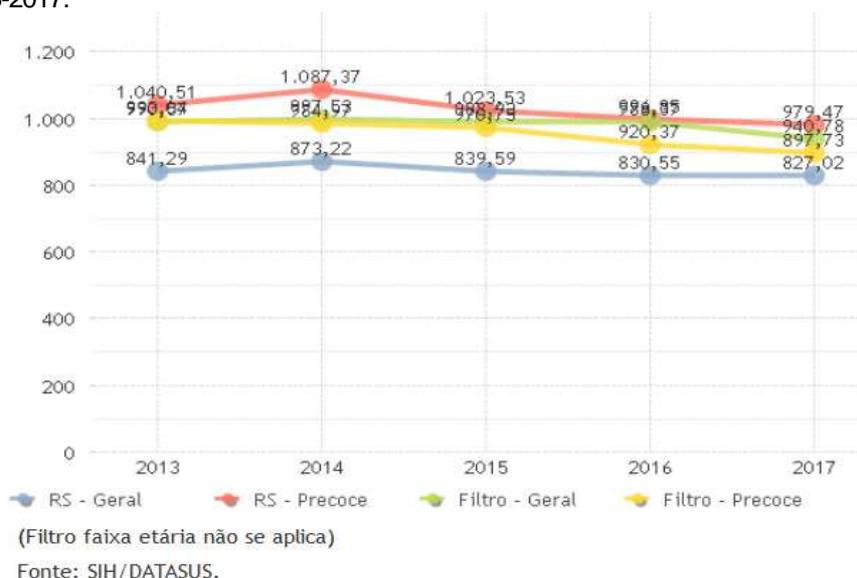
A taxa de mortalidade por diabetes mellitus no Estado do RS apresenta tendência de decréscimo neste período, sendo a mortalidade precoce superior a geral. Na Região 14, a taxa é superior à do Estado em todo o período, com tendência de aumento.

Figura 36 – Taxa de mortalidade por diabetes (100.000 habitantes), Região 14ª – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016.



Fonte: SIM/DATASUS.

Figura 37 – Taxa de internação do SUS por doenças cardiovasculares (100.000 habitantes), Região 14ª – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017.



De acordo com a figura 37, comparando as internações e óbitos por doenças cardiovasculares, identifica-se na Região 14, um perfil semelhante ao do Estado do RS, no entanto, a taxa de mortalidade se mantém superior nesta Região de Saúde, conforme figura 38 abaixo.

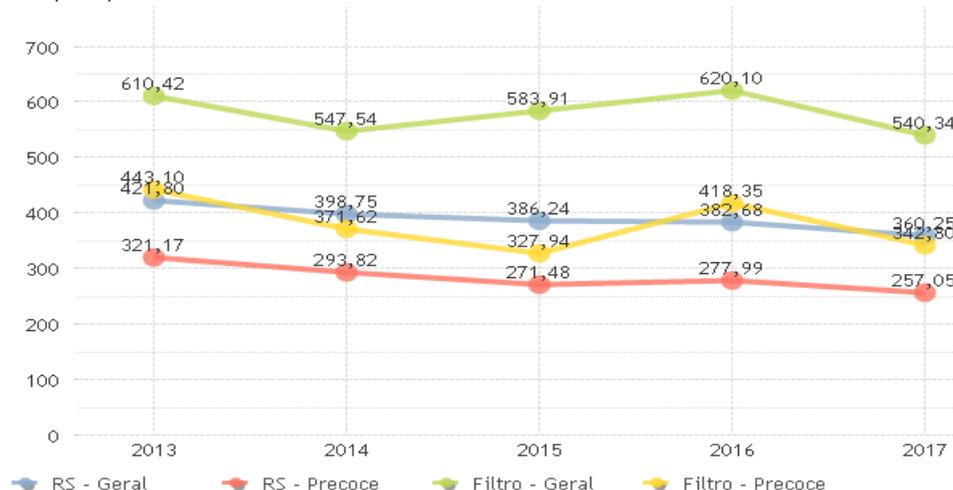
Figura 38 – Taxa de mortalidade do SUS por doenças cardiovasculares (100.000 habitantes), RS, 2013-2016.



A mortalidade por doenças cardiovasculares, figura 38, apresenta diferenças quando compara-se o Estado à Região 14. No Estado a mortalidade geral aumentou discretamente no período, mas a precoce declinou. A taxa de mortalidade geral na Região

14 é maior do que a do Estado, enquanto a mortalidade precoce aumentou atingindo a do Estado em 2016.

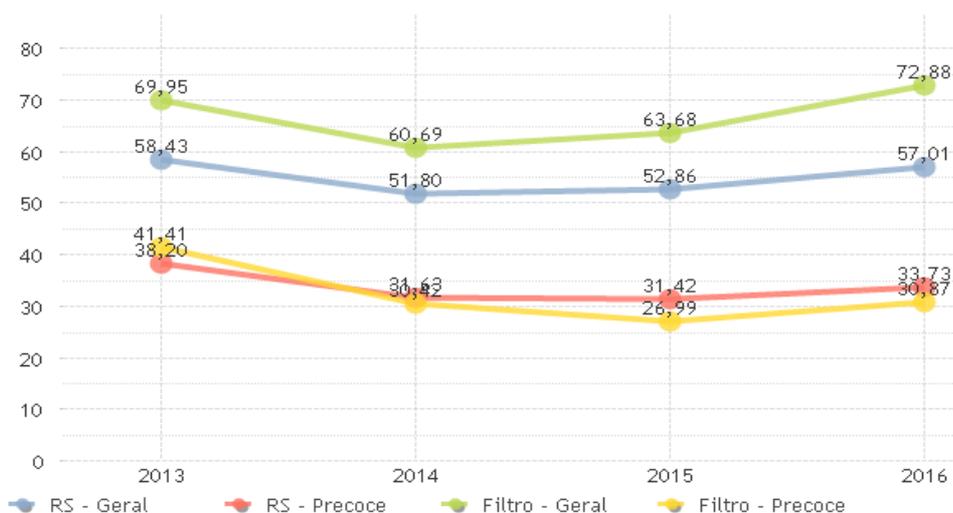
Figura 39 – Taxa de internação do SUS por doenças respiratórias crônicas (100.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017.



Fonte: SIH/DATASUS

Embora se observe na figura 39 acima, decréscimo nas taxas de internação por doença respiratória crônica no período, na Região 14, estas são superiores às do Estado do RS, da mesma forma, as taxas de internação geral também são superiores.

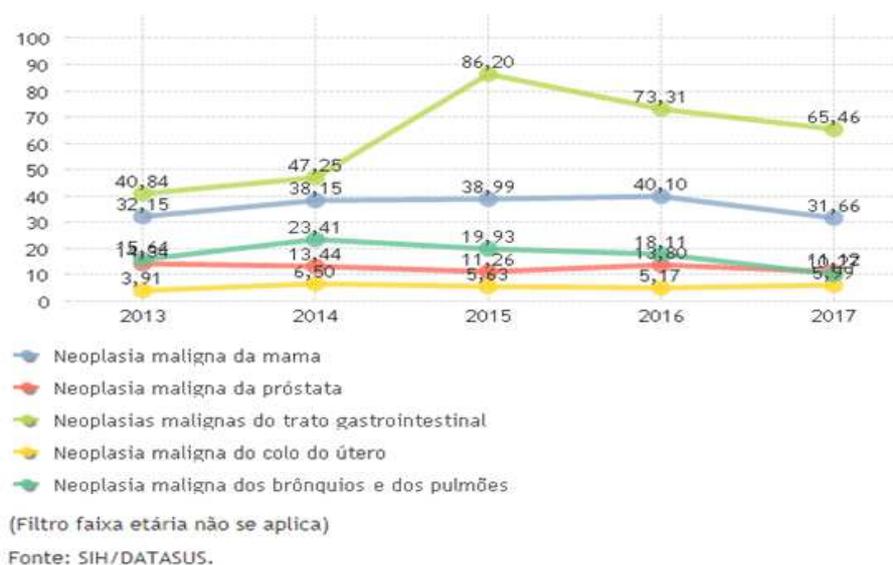
Figura 40 – Taxa de mortalidade do SUS por doenças respiratórias crônicas (100.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017.



Fonte: SIM/DATASUS

A mortalidade por doenças respiratórias crônicas, figura 40, tem aumentado no período avaliado, enquanto a tendência da morbidade hospitalar do SUS por doenças respiratórias crônicas apresentou uma tendência de diminuição tanto no Estado como na Região 14.

Figura 41 – Taxa de internação SUS dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017.

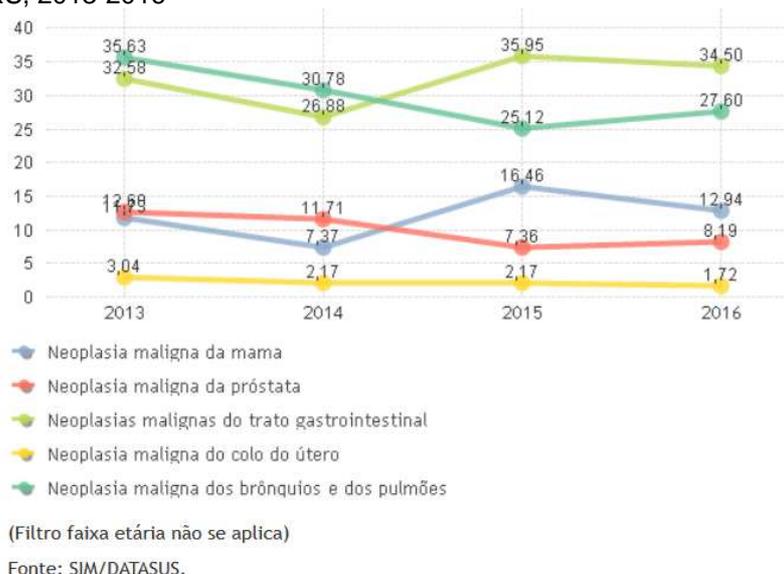


Avaliando a figura 41 acima pode-se observar que no período de 2013 a 2017, na Região 14, a neoplasia maligna do trato gastrointestinal é a que apresentou o maior índice de internações seguido da neoplasia maligna de mama, neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões, neoplasia maligna de próstata e neoplasia maligna de colo do útero. Destaca-se que as neoplasias de trato intestinal tiveram um aumento significativo em 2015, reduzindo um pouco no ano de 2016 e se mantendo em 65,46 % em 2017. As outras neoplasias se mantiveram estáveis.

Avaliando a figura 42, pode-se observar que entre 2013 e 2014 a neoplasia de brônquios e de pulmões foi o responsável pelo maior número de óbitos, ultrapassado pela neoplasia malignas do trato gastrointestinal a partir de 2014 até 2016.

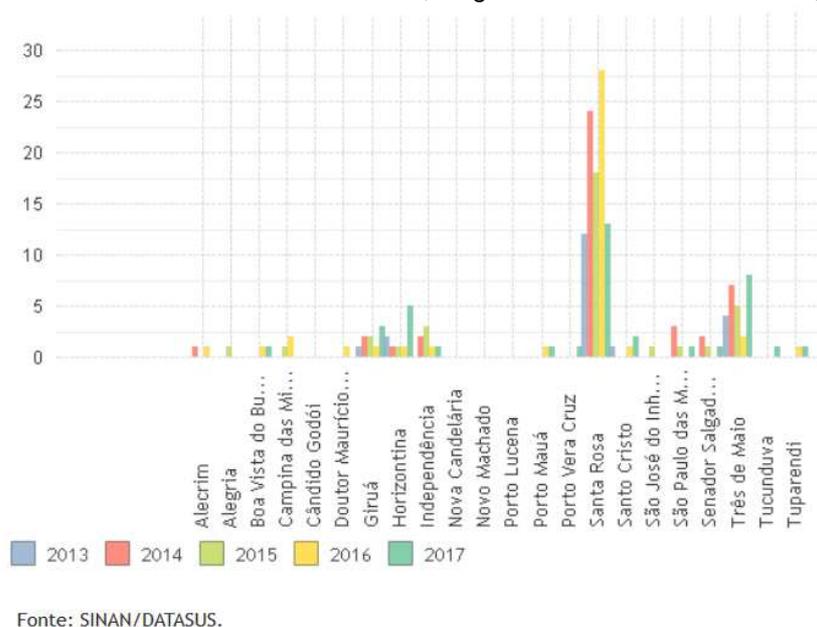
Também se observa a neoplasia de próstata ficando em terceiro lugar como o câncer de maior mortalidade no período de 2013 a 2014, sendo ultrapassado pela neoplasia de mama a partir de 2014 a 2016. As neoplasias de câncer de colo de útero se mantém estáveis de 2013 a 2016 como a quinta maior causa de óbitos por câncer.

Figura 42 – Taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016



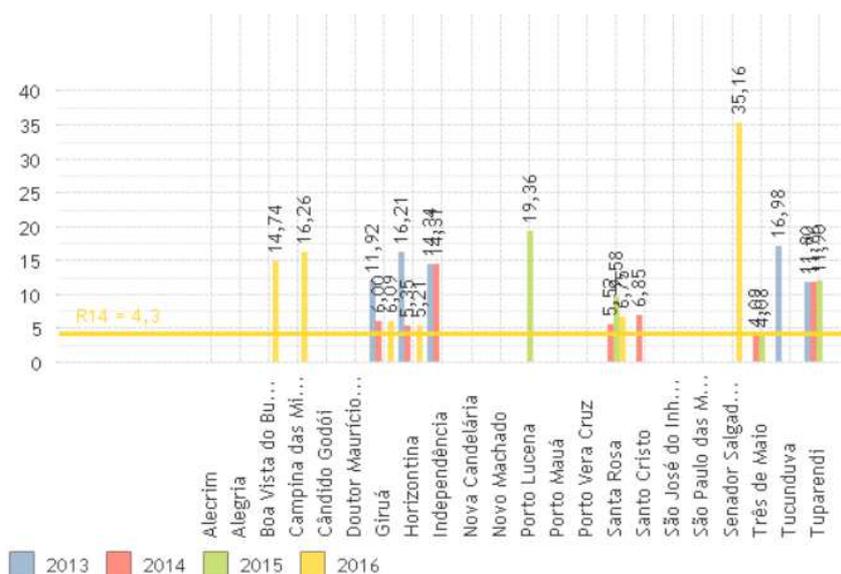
Quanto ao número de casos novos notificados de HIV, nas regiões 11 e 13 houve mais notificações no período de 2013 a 2017, impactando o aumento das notificações dos casos novos a cada ano na Macrorregião Missioneira. A Região 14 apresenta o menor número de notificações se comparado as outras Regiões, sendo que o número de casos oscila a cada ano. Em todas as regiões, o número de casos aumentou a partir de 2014, provavelmente devido a ampliação da testagem rápida, possibilitando o diagnóstico precoce e acesso ao tratamento.

Figura 43 – Número de casos novos notificados de HIV, Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017.



Na Região 14, figura 43 acima, os municípios de Santa Rosa, Três de Maio, Horizontina, Independência, Giruá e Senador Salgado Filho tiveram mais notificações. Mesmo que todos os municípios da Região 14 tenham profissionais capacitados para a realização de testagem rápida para o HIV, ainda se faz necessário ampliar este serviço a população, visto que o foco tem sido a rede cegonha. Há necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância da testagem para o diagnóstico precoce, bem como da eficácia da testagem rápida como ação de enfrentamento ao HIV.

Figura 44 – Taxa bruta de óbitos por Aids (100.000 habitantes), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2013-2016.



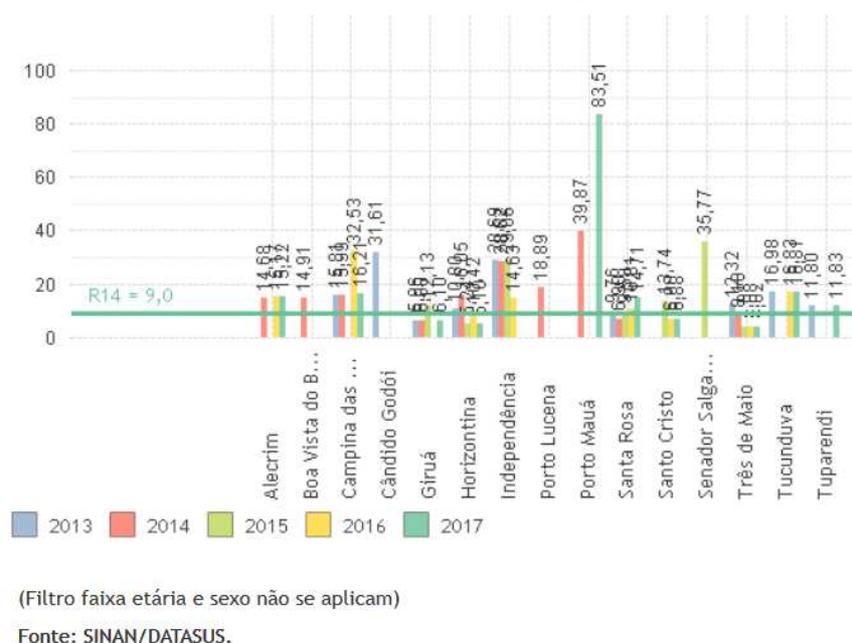
Fonte: SIM/DATASUS.

Analisando a mortalidade por Aids no RS, percebe-se declínio na maioria das regiões de saúde anualmente. Já na Macrorregião Missioneira, as Regiões 13 e 14 apresentam as menores taxas de mortalidade, estando abaixo da média da Macrorregião Missioneira (6,6/100.000). Na Região 14, figura 44 acima, os municípios de Boa Vista do Buricá, Campina das Missões, Horizontina, Porto Lucena, Senador Salgado Filho e Tucunduva tiveram maiores taxas. Não se identifica declínio dos óbitos no período. Estas taxas mais altas ocorrem em municípios menores, em que poucos óbitos, relacionados à população residente, impactam negativamente na taxa de mortalidade. Embora a taxa de mortalidade da Região 14 seja inferior à do Estado do RS e da Macrorregião Missioneira, espera-se que com a ampliação da testagem rápida e consequente diagnóstico precoce, esta taxa possa ser ainda menor.

Identifica-se na Macrorregião Missioneira (16,8) as menores taxa de casos novos de Tuberculose (em torno de 3 vezes menor do que a média do RS que é 44,8), e apesar disto ainda vem aumentando a cada ano. A Região 14 teve as menores taxas de detecção (9,0) se comparado a média das demais regiões da Macrorregião Missioneira (16,8). Conforme figura 45 abaixo, os municípios de Alecrim, Campina das Missões, Independência, Senador Salgado Filho e Tucunduva se destacaram com maiores taxas.

No município de Porto Mauá, a alta taxa ocorreu devido a um caso específico de repetidas notificações nos hospitais de referência em Porto Alegre, em que após discussão com a Coordenação Estadual concluiu-se não se tratar de caso novo de Tuberculose.

Figura 45 – Taxa de casos novos de tuberculose (100.000 habitantes), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017.

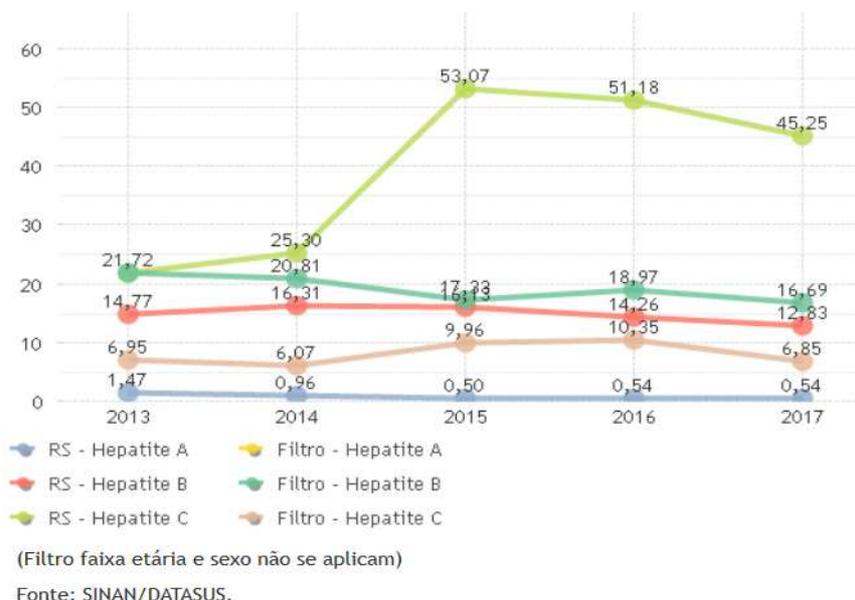


A busca de sintomáticos respiratórios tem por objetivo identificar casos novos de tuberculose precocemente, e neste sentido foram realizados em 2018 capacitações com equipes de Atenção Primária e especificamente com Agentes Comunitários de Saúde, visando sensibilizar as equipes nesta busca. Para que se possa atingir a meta de 1% da população com baciloscopias realizadas na população (sintomáticos respiratórios), a rede de laboratórios deve estar bem estruturada na Região 14.

Em relação a incidência de hepatite viral A, B e C no Rio Grande do Sul, a Hepatite C é a mais frequente do que a Hepatite B e A, com aumento significativo de incidência a partir de 2015. Na Região 14, figura 46, destaca-se também a ocorrência de aumento no

mesmo período, embora nesta região o coeficiente de incidência permaneça sempre abaixo da média do RS. Acredita-se que com a ampliação do acesso as testagens rápidas ampliou-se também o diagnóstico da hepatite C, mais especificamente em algumas regiões do Estado. Outro fator que pode ter contribuído para o aumento da detecção foi o fato do LACEN RS realizar os exames de Carga Viral de Hepatites. Na Região 14 o coeficiente de incidência de Hepatite C e B teve queda no período de 2013 a 2017. Há necessidade de investir no diagnóstico das Hepatites Virais, bem como tornar a Vigilância Epidemiológica mais sensível para detectar casos de Hepatite A, B e C. Para isto, percebe-se a necessidade de prever e organizar serviços regionais ou macro regional de atenção a Pessoas com Hepatites Virais.

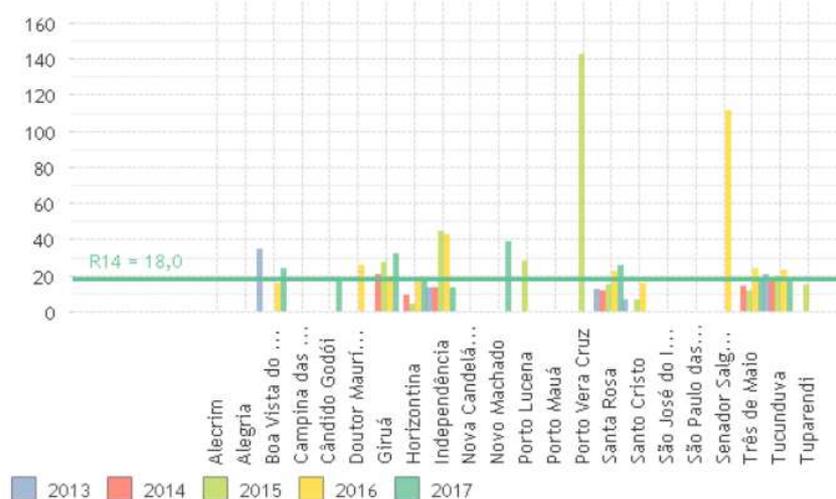
Figura 46 – Coeficiente de incidência de hepatite viral A, B e C (100.000 habitantes), Região 14 – Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017.



Analisando a taxa de casos novos de sífilis em gestantes, em todas as Macrorregiões do Estado identifica-se aumento desta taxa, bem como de sífilis congênita (menores de 1 ano), com distribuição semelhante em todo o Estado. Na Região 14, figura 47, identifica-se também o aumento gradual das notificações de sífilis na gestação, estando a taxa um pouco menor do que a média da Macrorregião (24,4).

No entanto, observa-se ainda o aumento das notificações de sífilis congênita na Região 14 (8,1), estando em 2017 com quase o dobro da média da Macro (4,5), figura 48.

Figura 47 – Taxa de casos novos (incidência) de sífilis em gestantes (1.000 nascidos vivos), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017.

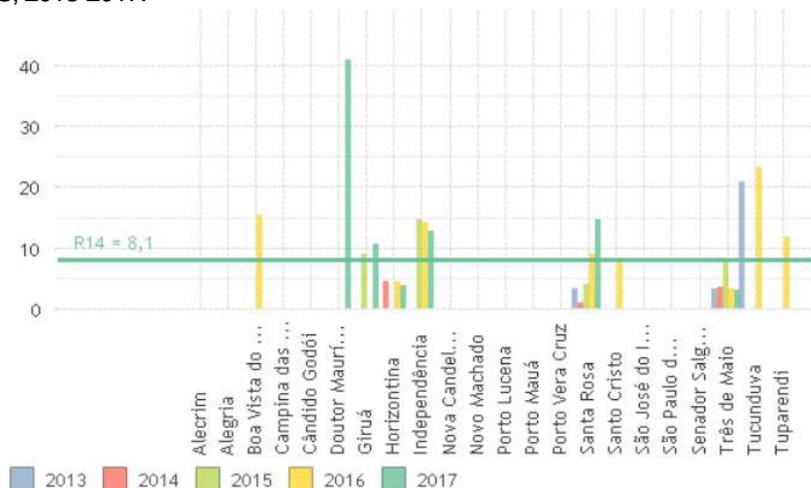


(Filtro sexo não se aplica)

Fonte: SINAN/DATASUS.

Com a detecção e acompanhamento dos casos de sífilis em gestantes, espera-se que a taxa de detecção de sífilis congênita possa diminuir gradualmente. Na 14ª CRS, foi instituído um Comitê Regional de Transmissão Vertical, que além do HIV e Hepatites virais, tem por objetivo acompanhar e planejar ações de prevenção de transmissão vertical da sífilis. Em 2018 duas oficinas foram realizadas com profissionais da Atenção Primária na região, além de um Encontro abordando a Atenção Compartilhada no cuidado das Pessoas Vivendo com HIV/ISTs, contemplando também profissionais da assistência.

Figura 48 – Taxa de casos novos (incidência) de sífilis em menores de 1 ano (1.000 nascidos vivos), Região 14 - Fronteira Noroeste, RS, 2013-2017.



(Filtro faixa etária não se aplica)

Fonte: SINAN/DATASUS.

## 5 - ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Neste tópico a Região 14 apresenta as ações e serviços de saúde disponíveis nesta e para esta região, organizada na lógica das Redes de Atenção à Saúde, abrangendo o total geral da população.

### 5.1- ESTRUTURA DO SISTEMA

#### 5.1.1- Rede de Atenção Primária à Saúde

A Região 14 em sua estrutura de atenção primária à saúde possui, conforme tabela 1 abaixo, as seguintes coberturas:

Tabela1: Coberturas de Atenção Primária

Município	Cobertura de Estratégia de Saúde da Família	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Equipe de Atenção Básica Prisional	Equipe de Saúde Quilombola	Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)	Nº de Famílias em situação de risco e vulnerabilidade de atendidas em seu domicílio semanalmente pelo PIM	Proporção de Salas de Vacinação com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por município
Alecrim	100,00%	100,00%	100,00%			1 NASF 2	40	1
Alegria	85,46%	96,94%	96,94%			1 NASF 3	80	1
Boa Vista do Buricá	100,00%	51,40%	100,00%			1 NASF3	60	1
Campina das Missões	100,00%	100,00%	100,00%					1
Cândido Godói	100,00%	100,00%	100,00%			1 NASF3	160	1
Doutor Maurício Cardoso	100,00%	100,00%	100,00%			1 NASF3		1
Giruá	100,00%	100,00%	100,00%		1 Equipe	1 NASF 1	120	1
Horizontina	100,00%	74,74%	100,00%			1 NASF 1	140	1
Independência	100,00%	100,00%	100,00%			1 NASF 3	40	1
Nova Candelária	100,00%	100,00%	100,00%			1 NASF3		1
Novo Machado	100,00%	100,00%	100,00%			1 NASF3		1
Porto Lucena	100,00%	100,00%	100,00%			1 NASF3	60	1
Porto Mauá	100,00%	100,00%	100,00%			1 NASF3	40	1
Porto Vera Cruz	100,00%	0,00%	100,00%				20	1
Santa Rosa	86,10%	81,87%	80,43%	Tipo II		2NASF1	200	18
Santo Cristo	100,00%	24,13%	100,00%	Tipo I				1
São José do Inhacorá	100,00%	99,00%	99,00%			1 NASF3		1
São Paulo das Missões	100,00%	51,17%	58,84%				40	1
Senador Salgado Filho	100,00%	100,00%	100,00%			1 NASF 3	60	1
Três de Maio	100,00%	100,00%	100,00%			1 NASF 1		1
Tucunduva	100,00%	60,39%	100,00%				80	1
Tuparendi	100,00%	100,00%	100,00%					1
Total CRS	92,51%	82,70%	92,52%				1140	39

Fonte: E-sus, 2019; BI SES/RS, 2019

---

A Atenção Primária em Saúde (APS)/Atenção Básica (AB), principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

Na Região 14 a cobertura de Equipes Saúde da Família (ESF) é de 92,51%. No total de 22 municípios da região, 20 destes tem cobertura de ESF de 100%, 2 municípios não possuem este índice: Alegria 85,46% e Santa Rosa 86,10%, com isso torna-se importante a implementação desta estratégia de atendimento nesses municípios.

Os índices de cobertura de Saúde Bucal são consideravelmente discrepantes entre os municípios que a compõem esta Região de Saúde, a média é de 82,70%, variando de 0 a 100%. Somente 12 municípios oferecem 100% deste tipo de cobertura aos seus moradores. Devido a isso, a implantação de novas Equipes de Saúde Bucal nos municípios de Alegria, Boa Vista do Buricá, Horizontina, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São Paulo das Missões, Tucunduva e Tuparendi é fator condicionante para a região alcançar os principais objetivos da Política Estadual de Saúde Bucal.

Os serviços de saúde no sistema prisional são ofertados nos dois estabelecimentos prisionais existentes na Região 14 com duas Equipes de Saúde do Sistema Prisional (ESP). O município de Santo Cristo possui 01 ESP tipo I, que atende até 100 custodiados e Santa Rosa com 01 ESP tipo II que atende de 101 até 500 custodiados.

Ações voltadas à população Quilombola são realizadas apenas no município de Giruá que conta com uma ESF Quilombola.

Os Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB), constituídos por diferentes profissionais estão presentes em 16 dos 22 municípios da Região 14. O NASF AB Tipo 1 nos municípios de: Giruá, Horizontina, Santa Rosa e Três de Maio. Já o NASF AB Tipo 2 em: Alecrim e o NASF AB Tipo 3 em: Alegria, Boa Vista do Buricá, Cândido Godói, Doutor Maurício Cardoso, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, São José do Inhacorá e Senador Salgado Filho.

O programa Primeira Infância Melhor - PIM atua na promoção do desenvolvimento integral da primeira infância, nos aspectos físicos, emocionais, intelectuais e sociais. Tem como objetivo orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiência, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças, da gestação até os 6 anos de idade.

Na Região 14 de Saúde, o PIM possui 57 visitantes liberados e abrangem 14 municípios que aderiram ao programa (Alecrim, Alegria, Boa Vista do Buricá, Cândido Godói, Giruá, Horizontina, Independência, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz,

---

Santa Rosa, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Tucunduva), sendo atendidas, aproximadamente, 1140 famílias em situação de risco e vulnerabilidade social e 171 gestantes.

### **5.1.2- Vigilância em Saúde**

#### *5.1.2.1 – Proporção de Salas de Vacina com Alimentação Mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (Si-Pni)*

A Região 14 possui 39 Salas de Vacina com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), com cobertura de 100% da região.

#### *5.1.2.2 – Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)*

Não há na Macrorregião Missioneira um CRIE, mas existe demanda para a criação na Região 14, porém na impossibilidade de ser regional, poderá ser de abrangência macrorregional.

#### *5.1.2.3 – Vigilância em Saúde do Trabalhador*

A Vigilância em Saúde do Trabalhador pode ser definida como um conjunto de ações e práticas que envolvem desde a vigilância sobre os agravos relacionados a trabalho intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho, até as ações relativas ao acompanhamento de indicadores para fins de avaliação da situação de saúde e articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos. A VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. Constitui-se de saberes e práticas sanitárias, articulados intra e intersetorialmente. A especificidade de seu campo de ação é definida por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, realizada com a participação e o saber dos trabalhadores em todas as suas etapas. Tem por objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a atenuar determinantes e riscos à saúde visando à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que

---

intervenham nos determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimentos e processo produtivos.

Na Região 14 os municípios possuem incluídos nos seus planos municipais de saúde, ações voltadas a saúde do trabalhador: em Alecrim, Santa Rosa e Porto Mauá há descrição da vigilância em saúde do trabalhador, mas não constam ações a serem realizadas; em Campina das Missões, Porto Lucena e Porto Vera Cruz, Senador Salgado Filho, Giruá e Três de Maio não constam ações a serem realizadas na vigilância em saúde do trabalhador.

Os outros municípios possuem descrições como: em Alegria a vigilância da saúde do trabalhador está limitada a notificação de casos de acidente de trabalho, sendo um dos objetivos melhorar a oferta de ações preventivas e fiscalização mais eficaz de possíveis agentes causadores de agravos; em Boa Vista do Buricá compreende as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença, através de ações de notificação e investigação de acidentes de trabalho, das doenças relacionadas com o trabalho, educação e prevenção de doenças nos locais de trabalho, como ações tem-se: identificação e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho, ginástica laboral, realizar campanhas para conscientização do uso de EPIs nos locais de trabalho, promover a formação dos trabalhadores da rede de saúde para que os mesmos possam prevenir-se contra os agravos relacionados ao trabalho, detectar, conhecer e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos a saúde relacionados ao trabalho nos diversos ambientes de trabalho, intervindo de maneira a eliminar e/ou controlar os mesmos, orientar os trabalhadores em exposição solar quanto a adoção de medidas de proteção contra o câncer de pele (uso de chapéus, bonés, manga longa e protetor solar).

Ainda, no município de Doutor Maurício Cardoso objetiva a prevenção, assim como a notificação e acompanhamento dos casos de acidentes de trabalho, feita através do setor de Epidemiologia do Município, trabalha-se com o programa do CEREST (Centro de Referência Especializado em Saúde do Trabalhador) para registrar as notificações; em Independência identificação de casos de doenças relacionadas ao trabalho, orientação quando a prevenção de doenças do trabalho; em Cândido Godói realização das notificações dos agravos no SIST e SINAN, e apoio do CEREST; em São José do Inhacorá são realizadas as notificações de acidentes e agravos relacionados ao trabalho, são digitadas no SIST – Sistema de Informação de Saúde do Trabalhador, encaminhamentos são realizados para o CEREST; em Tucunduva caracteriza-se como um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da

---

saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, ações são: atividades voltadas ao programa de orientação as empresas, buscando a vigilância em saúde do trabalhador com apoio do CEREST; registro de casos de acidentes de trabalho, nos sistemas de informação: SIST e SINAN; desenvolvimento de orientações educativas individual domiciliar e em grupos de saúde; atendimento médico, de enfermagem, fisioterapeuta, psicólogo e outros que se fizerem necessário, junto as Unidades de Saúde, CAS e CEREST; referenciar para tratamento especializado, quando necessário; investigação dos possíveis agentes causais, como por exemplo, sorologia; em Tuparendi os objetivos são debater a política de saúde do município com o ponto de vista da temática da saúde do trabalhador, colaborando para a composição da rede de cuidado integral, as percepções e compreensões trabalhadas pela área técnica serão a partir da saúde do trabalhador como um conjunto de ações destinadas à promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Pressupondo estas definições as iniciativas e ações serão discutidas e implementadas na rede de atenção em saúde de maneira que possa se desenvolver ações que requeiram a melhoria dos processos e ambientes de trabalho, e a redução das doenças e acidentes do trabalho. Percebe-se a necessidade de ações intersetoriais e a busca pelas notificações em saúde do trabalhador, visando que seja investigada a associação das doenças e agravos.

Quando se pensa em setores produtivos com maior potencial de geral adoecimento e acidentes na Região 14 os maiores índices de notificações ocorrem na agricultura e setor de metalurgia. É possível ampliar as atuações em prevenção por parte dos municípios, seja no desenvolvimento de palestras ou campanhas educativas, juntamente com a Saúde do Trabalhador em nível regional, buscando primar pelo trabalho preventivo na diminuição destes acidentes.

Em análise das taxas alcançadas pela Região 14 pode-se concluir que a taxa de incidência de acidentes graves e fatais e em crianças e adolescentes no período de 2013 a 2017 foi de 28,39%, enquanto a média do Estado apresenta-se em 31,3%, ficando praticamente na média. Existe a necessidade de conscientização dos representantes da saúde do trabalhador dos municípios na realização das investigações e notificações, diminuindo as subnotificações existentes, bem como realização de capacitação a esses profissionais.

---

Quanto a taxa de incidência de outros agravos relacionados ao trabalho (SIST+SINAN) entre 2013 a 2017, a Região 14 apresentou uma taxa de 307,44% ultrapassando os 251,59% que é o índice médio estadual.

#### 5.1.2.3.1 - CEREST - Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador

A Região 14 conta com um CEREST que tem como principal a prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho. Assim, os 22 municípios são cobertos pelas ações desenvolvidas por este serviço, que são destinadas aos trabalhadores da rede do SUS, profissionais das diferentes áreas com interface com a saúde do trabalhador e doenças relacionadas ao trabalho.

Também o serviço regional desenvolve ações de assistência ao trabalhador como: a avaliação multidisciplinar para estabelecimento denexo causal entre as condições de saúde e o processo de trabalho, emissão de pareceres, realização de terapias e metodologia de reabilitação à saúde do trabalhador. O CEREST conta com a seguinte equipe técnica: um médico do trabalho, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um psicólogo, um técnico de enfermagem, um técnico de segurança do trabalho e equipe administrativa.

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

#### 5.1.2.3.2 – Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho

Durante o ano de 2018 foi pactuado com os municípios 40 notificações dos agravos relacionados ao trabalho para cada 10.000 habitantes. Para computar esse indicador é levado em consideração as notificações realizadas no SINAN e RINA.

Três municípios não conseguiram atingir a meta em 2018, principalmente os municípios de Giruá (taxa 22,18) e Tuparendi (taxa 9,38). Os demais municípios atingiram o proposto pelo Estado.

Tabela 2 - Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho

Município	População	Qtd Not Realizadas	Qtda Not Pactuadas	Taxa Realizada	Taxa Pactuada	Porcentagem Realizada
Alecrim	6799	34	27	50,01	39,71	125,93%
Alegria	4085	42	16	102,82	39,17	262,50%
Boa Vista do Buricá	6822	67	27	98,21	39,58	248,15%
Campina das Missões	6081	90	24	149,23	39,79	375,00%
Cândido Godói	6587	40	26	60,73	39,47	153,85%
Doutor Maurício Cardoso	5154	31	21	60,15	40,75	147,62%
Giruá	17132	38	69	22,18	40,28	55,07%
Horizontina	19286	86	77	44,59	39,93	111,68%
Independência	6625	25	27	37,74	40,75	92,59%
Nova Candelária	2810	26	11	92,53	39,15	236,36%
Novo Machado	3791	26	15	68,58	39,57	173,33%
Porto Lucena	5289	26	21	49,35	39,86	123,81%
Porto Mauá	2546	19	10	74,63	39,28	190,00%
Porto Vera Cruz	1704	10	7	58,69	41,08	142,86%
Santa Rosa	72504	695	290	95,86	40,00	239,66%
Santo Cristo	14747	83	59	56,28	40,01	140,68%
São José do Inhacorá	2212	27	9	122,06	40,69	300,00%
São Paulo das Missões	6313	67	25	106,13	39,60	268,00%
Senador Salgado Filho	2882	67	12	232,48	41,64	558,33%
Três de Maio	24481	114	98	46,55	40,01	116,33%
Tucunduva	5979	85	24	142,16	40,14	354,17%
Tuparendi	8533	8	34	9,38	39,85	23,53%
Fronteira Noroeste	232302	1706	929	80,92		183,64%

Fonte: SIST/SINAN, 2018.

#### 5.1.2.4- Unidade Sentinela de Influenza

Não há na Região 14 unidades sentinelas de Influenza, sendo este um serviço destinado a locais de grande aporte populacional. Como não atende aos critérios da portaria MS 183/14, não se faz necessário neste momento na região.

#### 5.1.2.5- Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVEH)

Existe na Região 14 um núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) implantado desde 2006, atuando no Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa, sendo este de abrangência regional. Este núcleo está constituído por uma médica infectologista, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e uma secretária, atendendo aos requisitos mínimos para seu funcionamento.

#### 5.1.2.6 - Vigilância Ambiental

A Região 14 é uma área de risco para propagação de doenças transmitidas por *Aedes Aegypti* (Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela). Historicamente, todos os

---

22 municípios apresentam índices de infestação de *Aedes* elevados, apresentando condições climáticas favoráveis ao desenvolvimento deste vetor e conseqüentemente para a ocorrência de arboviroses. Epidemiologicamente, os municípios notificam casos suspeitos de dengue com confirmação de casos autóctones da doença. Em 2016, a incidência de casos de dengue autóctones chegou a 57,1 e 40,8 para cada 10.000 habitantes em Tuparendi e Santa Rosa, respectivamente. No mesmo período, os índices de infestação na região foram em média, 6%, sendo que em dois municípios os índices ultrapassaram 13%. Ressalta-se que, de acordo com o Ministério da Saúde, valores de índice de infestação superiores a 3,9% são considerados de risco para transmissão de arboviroses. Devido a este cenário, o controle ao *Aedes Aegypti* é uma prioridade regional e necessita ser realizado de forma permanente na região.

#### 5.1.2.6.1 – Laboratórios Estaduais Regionais

A vigilância laboratorial em entomologia, na área de atuação da 14ª CRS, apresenta 01 laboratório regional, localizado no município de Santa Rosa, na sede da 14ª CRS, 01 intermunicipal em Santo Cristo e 02 municipais, um em Santa Rosa e um em Três de Maio. A maior demanda é a análise de larvas de culicídeos para identificação do vetor de arboviroses, *Aedes aegypti*.

O laboratório intermunicipal de Santo Cristo atende os municípios de Alecrim, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz e Tuparendi. Os laboratórios de Três de Maio e Santa Rosa trabalham as suas próprias demandas municipais e o laboratório regional, os demais municípios da Região 14. O laboratório regional, também envia ao laboratório central, outros artrópodos para identificação, bem como realiza pré seleção de insetos para o programa de Leishmaniose.

O laboratório Regional está localizado na 14ª Coordenadoria Regional de Saúde. Sua equipe é composta por uma farmacêutica bioquímica e uma auxiliar de laboratório.

O Laboratório utiliza o Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL). Este sistema informatizado foi desenvolvido para Laboratórios de Saúde Pública, sendo aplicado aos exames e ensaios de amostras de origem humana, animal e ambiental, com padrão nacional, sendo desenvolvido de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

A principal atividade realizada pelo Laboratório Regional é o monitoramento da qualidade da água para consumo humano no âmbito dos municípios da Região 14. São

---

analisadas amostras de todas as formas de abastecimento, coletivas ou individuais, na área urbana ou rural, de gestão pública ou privada.

O monitoramento da qualidade da água para consumo humano integra o Sistema de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde, o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água -VIGIÁGUA e o Programa Estadual de Monitoramento dos Teores de Fluoreto em amostras de Águas para Consumo Humano. Este último tem como objetivo a vigilância do teor de fluoreto na água distribuída à população pela rede de abastecimento público, visando o benefício proporcionado pelo íon flúor para a saúde bucal, na prevenção e na diminuição da severidade da doença cárie dentária.

As análises de água incluem ensaios físico-químicos, organolépticos e microbiológicos. A análise físico-química avalia a presença adequada de níveis de fluoreto, enquanto que a organoléptica avalia o grau de turbidez da água. Na microbiologia, são realizados ensaios para a identificação de Coliformes totais e *Escherichia coli*.

O número mínimo mensal de amostras a serem coletadas por município para o monitoramento da qualidade da água é estabelecido segundo a faixa populacional do município, de acordo com a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade Água para Consumo Humano 2017. O Laboratório regional, no ano de 2018, realizou 9.309 análises em 2.331 amostras de água.

Outra análise realizada mensalmente pela equipe do laboratório é a pesquisa do *Vibrio cholerae*, agente etiológico da Cólera. As amostras são coletadas na estação de tratamento de esgoto da CORSAN de Santa Rosa. As cepas suspeitas de *Vibrio cholerae* são encaminhadas para a FIOCRUZ, laboratório de referência para confirmação do diagnóstico e determinação do sorotipo.

Além das análises realizadas no laboratório, o mesmo recebe amostras de pacientes dos 22 municípios desta Região para realização de exames laboratoriais de vigilância epidemiológica, como: Lepstopirose, Hepatites Virais, Toxoplasmose, Doenças de Chagas, Dengue, entre outras, que são encaminhadas ao LACEN de Porto Alegre. As amostras para pesquisa de CD4, CD8 e carga viral do HIV são encaminhadas para Santa Maria.

#### 5.1.2.7 Vigilância Sanitária

A vigilância sanitária é definida como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do

---

meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde” (Lei Federal nº 8.080/90, Art. 6º, §1º). A Vigilância Sanitária se estabelece legalmente através do Regulamento Sanitário (Decreto Estadual nº 23.430/74), da Constituição Federal em seu Título VIII, Capítulo II, Seção II, Art. nº 200, da Lei Federal nº 8.080/90 e da Lei Federal nº 6.437/77.

A adesão dos municípios da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde às Ações de Vigilância Sanitária foram formalizadas através de Termo de Adesão, assinado pelo Secretário Municipal de Saúde e Coordenador Regional de Saúde, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde e homologado pelas Resoluções CIB/RS nº 169/09 e 197/11, em conformidade com a Resolução nº 250/07-CIB/RS.

Considerando a necessidade de formalizar as responsabilidades sanitárias dos municípios e do Estado quanto às ações de Vigilância Sanitária, hierarquizando-as e integrando-as em forma de uma rede de serviços, as ações da VISA foram divididas entre ações estruturantes e ações estratégicas.

As ações estruturantes são aquelas consideradas de baixa complexidade de acordo com o risco sanitário, sendo realizadas por todos os municípios do Estado do RS. Estas ações estão definidas nas Resoluções CIB/RS 30/04, 044/05, 089/12, 152/12 e 038/16.

As ações estratégicas são desenvolvidas pela equipe de Vigilância Sanitária do Estado e pelos municípios que aderiram a estas ações relacionadas no Anexo V da Resolução nº 250/07-CIB/RS. São ações de Vigilância Sanitária consideradas de relevância, requerendo especial atenção do Sistema de Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul pela sua especificidade, grau de risco, demanda por recursos humanos, assim como pelo universo de estabelecimentos envolvidos. Na 14ª CRS, estas ações são realizadas somente pelo município de Santa Rosa.

O financiamento das ações de Vigilância Sanitária está definido no capítulo II, seção I da Portaria de Consolidação nº 6/2017. Esta Portaria refere que o financiamento federal do Componente de Vigilância Sanitária é constituído pelo Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa) e Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVisa). O PFVisa, destinado aos municípios é calculado por valor “per capita” de R\$ 0,60 por habitante/ano ou o limite mínimo de repasse municipal, no valor de R\$ 12.000,00 para os municípios cujo valor per capita configurar um montante abaixo do limite mínimo, destinado à execução das ações estruturantes e estratégicas. O PFVisa a ser transferido aos estados é calculado por valor

“per capita” de R\$ 0,30 por habitante/ano ou Limite Mínimo de Repasse Estadual no valor de R\$ 630.000,00.

### 5.1.3 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial

A Região 14 do Estado do Rio Grande do Sul possui um total de 14 hospitais, sendo sete (7) hospitais locais (Alecrim, Boa Vista do Buricá, Cândido Godói, Porto Lucena, São Paulo das Missões, Tucunduva e Tuparendi); cinco (5) microrregionais (Campina das Missões, Giruá, Santo Cristo, Horizontina, Três de Maio) e um (1) Hospital Macro Regional (Santa Rosa – Hospital de Caridade de Santa Rosa) e um (1) Regional (Santa Rosa – antigo Hospital ABOSCO, atualmente administrado pelo Hospital de Caridade de Santa Rosa – endereço complementar). Possui ainda três (3) Unidades de Pronto Atendimento (PADU) nos municípios de: Doutor Maurício Cardoso; Alegria e São José do Inhacorá.

A Resolução CIB/RS 64/14 instituiu a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Secundária e Terciária em Saúde (PIES – AST), o Incentivo de Co-financiamento da Assistência Hospitalar – (PIES-IHOSP) e a classificação dos Hospitais em GI (Classificação Hospitais Grupo I) Resolução CIB/RS 64/14; GII (Classificação Hospitais Grupo II).

Com base nesta Resolução aderiram a Classificação GII - Hospitais Clínicos focados em cuidados de pacientes crônicos, idosos, convalescentes e cuidados paliativos – sem especialidades cirúrgicas ou obstétricas na internação: Hospital de Caridade de Alecrim, Hospital São José de Porto Lucena e o Hospital Tucunduva e Novo Machado de Tucunduva os quais passaram a referenciar seus partos e procedimentos cirúrgicos.

Tabela 3: Serviços Hospitalares da Região 14

Município	Instituição Hospitalar	Contrato	Leitos 2019	
			Total	SUS
Alecrim	Associação Hospital de Caridade de Alecrim	Valor Global	50	46
Alegria	Hospital Municipal São Sebastião	PADU	0	0
Boa Vista do Buricá	Associação Hospitalar Boa Vista	Valor Global	40	27
Campina das Missões	Associação Assistencial Cultural e Hospitalar Padre Benedito Meister	Valor Global	55	46
Cândido Godói	Associação Hospitalar Santo Afonso	Valor Global	39	32
Doutor Maurício Cardoso	Hospital HPP Dr. Maurício Cardoso	PADU	0	0
Horizontina	Hospital Osvaldo Cruz Ltda	Produção	68	50
Porto Lucena	Sociedade Hospital São José.	Valor Global	50	40

Santo Cristo	Hospital de Caridade de Santo Cristo	Valor Global	60	45
São José do Inhacorá	Hospital São Francisco de Assis de São José do Inhacorá (HPP)	PADU	0	0
São Paulo das Missões	Associação Franciscana de Assistência à Saúde - Hospital de Caridade São Paulo	Valor Global	36	25
Três de Maio	Hospital São Vicente de Paulo	Valor Global	69	41
Tucunduva	Associação Hospitalar Tucunduva e Novo Machado	Produção	34	22
Tuparendi	Centro de Assistência Médico-Social.	Valor Global	37	26
<b>Total Geral</b>	<b>Total 17 /14 Contratualizados com o Estado</b>		<b>538</b>	<b>400</b>
Gestão Plena	Hospital São José - Giruá	Pleno	50	36
	Associação Hospitalar Caridade Santa Rosa – Vida e Saúde e ABOSCO	Pleno	279	162
	<b>Sub Total Plenos</b>		<b>329</b>	<b>198</b>
	<b>Total Geral</b>		<b>867</b>	<b>598</b>

Fonte: CNES, 2019.

### 5.1.3.1- Atenção Secundária e Terciária

O setor de regulação da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) é responsável pelos agendamentos/encaminhamentos de consultas e procedimentos eletivos hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade, através do SISREG (Sistema de Regulação), entre os 22 municípios pertencentes a regional, tendo como base os pactos, acordos e protocolos estabelecidos. Objetiva promover o acesso equânime dos pacientes dentro de um processo de ordenamento da fila de espera, conforme a prioridade clínica e os recursos disponíveis.

O fluxo de regulação inicia-se nas unidades básicas de saúde, onde é avaliada a necessidade de encaminhamento do usuário a uma avaliação especializada, a solicitação é encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde, que cadastra o pedido no SISREG ou encaminha o boletim (físico) de referência e contra-referência à 14ª CRS. Os profissionais reguladores avaliam, autorizam e agendam a solicitação.

Tabela 4: Ações e Serviços por Especialidade

Especialidade	Ações e Serviços	Parâmetro	Parâmetro Pop SUS Exclusivo*	Referência/Local	Municípios de Referência
ANGIOLOGIA/ CIIRURGIA VASCULAR	Consulta Médica Angiologia/ Cirurgia Vascular	3973	3468	ALTA COMPLEXIDADE: Hospital de Caridade de Ijuí – HCl (41 vagas/mês) MÉDIA COMPLEXIDADE: sem referência SUS regional * SANTA ROSA: atende população própria na média complexidade	Toda a Região 14

BUCOMAXILOFACIAL	Consulta			Sem referência regional SUS pactuada, pacientes encaminhados momentaneamente para Hospital de Caridade de Palmeira das Missões	Toda a Região 14
	Cirurgia Alta e Média Complexidade			Sem referência regional SUS pactuada, pacientes encaminhados momentaneamente para Hospital de Caridade de Palmeira das Missões	Toda a Região 14
CARDIOLOGIA	Consulta Médica Cardiologia	14024	12241	ALTA COMPLEXIDADE: Hospital de Caridade de Ijuí – HCI (102 vagas/mês) MÉDIA COMPLEXIDADE: sem referência SUS regional CARDIOLOGIA INFANTIL: sem referência SUS regional * SANTA ROSA: atende população própria na média complexidade	Toda a Região 14
DERMATOLOGIA	biópsia de pele e partes moles	175,31	153,02	Sem referência SUS regional	
	biópsia de punção de tumor de pele	175,31	153,02	Sem referência SUS regional	
	Consulta Médica Dermatologia	8882	7753	Sem referência SUS regional * SANTA ROSA: atende população própria	
ENDOCRINOLOGIA	Consulta Médica Endocrinologia	584	510	Sem referência SUS regional * SANTA ROSA: atende população própria	
	Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de nódulos tireoidianos	42	36	Sem referência SUS regional	
GASTROENTEROLOGIA / PROCTOLOGIA	Consulta Médica Gastroenterologia	3272	2040	Sem referência SUS regional * SANTA ROSA: atende população própria	
	Consulta Médica Proctologia	3739	3264	Sem referência SUS regional * SANTA ROSA: atende população própria	
	Endoscopia Terapêutica - polipectomia, ligadura, esclerose	818	714	Sem referência SUS regional	
	Gastroplastia	DI	DI	Sem referência SUS regional	
NEFROLOGIA	Cirurgias em Nefrologia	DI	DI	Hospital Vida e Saúde/ Santa Rosa	Toda a Região 14
	Consulta Médica Nefrologia	3.739,86	3.264,50	Hospital Vida e Saúde/ Santa Rosa	Toda a Região 14
	Tratamento Nefrológico	DI	DI	Hospital Vida e Saúde/ Santa Rosa	Toda a Região 14
NEUROLOGIA	Consulta Médica Neurologia/Neurocirurgia/Neurofisiologia	15.193,17	13.262,01	Hospital Vida e Saúde/ Santa Rosa NEUROLOGIA ENDOVASCULAR: Hospital da Cidade e Hospital São Vicente de Paulo/ Passo Fundo	Toda a Região 14
	Tratamento Clínico em Neuro Alta e Média Complexidade (internado)	DI	DI	Hospital Vida e Saúde/ Santa Rosa	Toda a Região 14
OFTALMOLOGIA	Consulta Médica Oftalmologia	32.256,26	28.156,28	Hospital São Vicente de Paulo/Três de Maio	Toda a Região 14

				Hospital Vida e Saúde/Santa Rosa (atende população própria) Tele Oftalmo – Santa Rosa	
	Cirurgias	DI	DI	Hospital São Vicente de Paulo/Três de Maio Hospital Vida e Saúde/Santa Rosa (atende população própria)	Toda a Região 14
ONCOLOGIA	Consulta de Médicos Oncologistas	DI	DI	UNACON: Hospital Vida e Saúde/Santa Rosa CACON: Hospital de Caridade/ Ijuí	Toda a Região 14
	Quimioterapia	DI	DI	Hospital Vida e Saúde/ Santa Rosa	Toda a Região 14
	Radioterapia	DI	DI	Hospital Vida e Saúde/ Santa Rosa	Toda a Região 14
TRAUMATO/ORTOPEDIA	Cirurgia Alta e Média Complexidade	DI	DI	MÉDIA COMPLEXIDADE: Hospital Vida e Saúde/ Santa Rosa e Hospital São Vicente de Paulo/Três de Maio ALTA COMPLEXIDADE: Hospital Vida e Saúde/ Santa Rosa	Toda a Região 14 (para média complexidade divisão abaixo)
	Consulta Médica Ortopedia pela Portaria	DI	DI	MÉDIA COMPLEXIDADE: Hospital São Vicente de Paulo/ Três de Maio	Alegria, Boa Vista do Buricá, Independência, São José do Inhacorá, Nova Candelária e Três de Maio
		DI	DI	MÉDIA COMPLEXIDADE: Hospital Vida e Saúde/ Santa Rosa	Alecrim, Campina das Missões, Cândido Godói, Dr. Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Novo Machado, Porto Mauá, Porto Lucena, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Tucunduva e Tuparendi
		DI	DI	Traumatologia Infantil (pé torto congênito e coluna): Hospital São Vicente de Paulo/ Passo Fundo	Toda a Região 14
		DI	DI	MÉDIA COMPLEXIDADE: Hospital Vida e Saúde/ Santa Rosa e Hospital São Vicente de Paulo/Três de Maio ALTA COMPLEXIDADE: Hospital Vida e Saúde/ Santa Rosa	Toda a Região 14 (respeitando a divisão)
OTORRINOLARINGOLOGIA	Consulta Médica Otorrino	8.414,68	7.345,12	Hospital São Vicente de Paulo/Três de Maio (eletivos)	Toda a Região 14
PNEUMOLOGIA	Consulta Médica Pneumologia	5.843,52	5.100,78	Sem referência SUS regional	
REUMATOLOGIA	Consulta Médica Reumatologia	2.337,41	2.040,31	Sem referência SUS regional	
UROLOGIA	Biopsia de próstata guiada por ultrassom	701,22	612,09	Sem referência SUS regional * SANTA ROSA: atende população própria	
	Consulta Médica Urologia	8.180,93	7.141,08	Sem referência regional SUS pactuada, pacientes encaminhados momentaneamente para Hospital de Caridade de Palmeira das Missões * SANTA ROSA: atende população própria	Toda a Região 14

	Adulto Cirúrgico Total	154,87	136,16	Referência: Hospitais Região	
	Adulto Clínico Total	289,12	254,70	Sem referência SUS regional * SANTA ROSA: atende população própria	
	Alergista	2,34	NA	Sem referência SUS regional	
	Hematologista	2,34	NA	CLÍNICA: sem referência SUS regional ONCOLÓGICA: Hospital Vida e Saúde/ Santa Rosa (exceto os casos agudos) MÉDIA COMPLEXIDADE: Hospital Vida e Saúde/ Santa Rosa (atende população própria)	Toda a Região 14
	Infetologista	2,34	NA	Sem referência SUS regional	
	Pediatria Total	45,70	39,15	Sem referência clínica geral	

MAC	Laboratórios Regionais de Prótese (Faixa de Produção: 20-50)	DI	DI	Habilitação p/ município – incentivo	Alegria, Dr. Maurício Cardoso, Giruá, Novo Machado, Santo Cristo, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz e Três de Maio.
MAC	Laboratórios Regionais de Prótese (Faixa de Produção: 51-80)	DI	DI	Habilitação p/ município – incentivo	Santa Rosa

Fonte: BI SES/RS, 2019.

Dentre as especialidades citadas, com referência pactuada regionalmente, há demanda reprimida em traumatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia pediátrica, ortopedia pediátrica, cirurgia bariátrica e urologia – avaliação para litotripsia. Na traumatologia, há necessidade de referência para casos de enxerto ósseo.

As especialidades de bucomaxilofacial, vascular/ média complexidade e urologia, tiveram os atendimentos suspensos pelo prestador contratado. Por este motivo, foi necessário buscar um novo serviço para atender a grande demanda. Momentaneamente, pacientes de bucomaxilofacial e urologia estão sendo atendidos provisoriamente em Palmeira das Missões. A especialidade de cirurgia vascular/ média complexidade segue sem desfecho.

Em revisão dos relatórios do GERCON (Sistema de Gerenciamento de Consultas), ao qual são inseridas as solicitações de consultas de especialidades não disponíveis na regional, verificou-se maior inserção em gastroenterologia, reumatologia, endocrinologia e dermatologia, caracterizando necessidades regionais.

Na especialidade de dermatologia, especificamente a referência da hanseníase, o atendimento é no momento o ambulatório de Dermatologia Sanitária / Porto Alegre. Considerando que na Região 14 temos municípios com alta endemicidade, uma média de 12 casos por ano, e que o tratamento é realizado em 6 a 12 meses, a região necessita de um serviço de referência para este agravo.

Para atender as demandas dos agravos: tuberculose (situações especiais), HIV (situações especiais previstas na linha de cuidado) e hepatites virais, existe a necessidade de instituir um serviço de referência de infectologia de abrangência regional.

### 5.1.3.2- -Sistema de Apoio ao Diagnóstico

Na Região 14, as especialidades com referência pactuada oferecem, na linha do cuidado, o apoio diagnóstico. No entanto, há ainda assim uma demanda reprimida expressiva em exames diagnósticos provenientes da Atenção Primária dos municípios, tais como: tomografia, endoscopia, colonoscopia, ressonância magnética e ultrassonografia.

Tabela 5: Ações e Serviços de Apoio Diagnóstico

Especialidade de	Ações e Serviços	Parâmetro	Parâmetro Pop SUS Exclusivo*	Referência	+ Informações
ANGIOLOGIA/ CIRURGIA VASCULAR	Angiotomografia Aorta Abdominal	DI	DI	Sem referência SUS regional	
	Angiotomografia Aorta Torácica	DI	DI	Sem referência SUS regional	
	Arteriografias de membros	14,02	12,24	HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUÍ	
	Duplex Scan Membros Inferiores	DI	DI	Sem referência SUS regional	
CARDIOLOGIA	Cateterismo cardíaco	934,96	816,12	HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUÍ (23 vagas mensais)	-
	Cateterismo cardíaco em pediatria	2,34	2,04	Sem referência SUS regional	-
	Cintilografia miocárdica em situação de estresse	46,75	40,81	HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUÍ	-
	Cintilografia miocárdica em situação de repouso	467,48	408,06	HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUÍ	-
	Ecocardiografia de estresse	4,67	4,08	Sem referência SUS regional	-
	Ecocardiografia Transesofágica	4,67	4,08	Sem referência SUS regional	-
	Ecocardiografia Transtoracica	3.739,86	3.264,50	HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUÍ (30 vagas)	-
	Holter	70,12	61,21	HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUÍ (5 vagas)	-
Teste ergométrico	140,24	122,42	HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUÍ (19 vagas)		
ENDOCRINOLOGIA	Densitometria	63,11	55,09	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO/ TRÊS DE MAIO	-
	Ecografia de Tireóide	DI	DI	Sem referência SUS regional	
	Ressonância magnética de sela turcica	16,36	14,28	HOSPITAL VIDA E SAÚDE/ SANTA ROSA	-

	Tomografia de sela túrcica	16,36	14,28	Hospital São Vicente de Paulo/ Três de Maio e Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa	-
GASTROENTE ROLOGIA / PROCTOLOGIA	Colangio Pancreatografia Retrograda	116,87	102,02	Sem referência SUS regional	-
	Colonoscopia	818,09	714,11	Sem referência SUS regional	-
	Ecografia Abdominal (ABDOMEN SUPERIOR E TOTAL)	DI	DI	Sem referência SUS regional	
	Endoscopia Digestiva Alta	3.973,60	3.468,53	Sem referência SUS regional	-
	Retossigmoidoscopia	818,09	714,11	Sem referência SUS regional	-
NEFROLOGIA	US Rins e Vias urinárias	1.869,93	1.632,25	Sem referência SUS regional	-
NEUROLOGIA/ CUIDADO	Angioressonância cerebral	116,87	102,02	Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa	-
	Eletroencefalograma-	DI	DI	Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa	
	Eletroneuromiografia	537,60	469,27	Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa	-
	Ressonância magnética crânio	373,99	326,45	Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa	-
	Tomografia de crânio	5.142,30	4.488,68	Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa	-
	US Transfontanela	135,57	118,34	Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa	-
OFTALMOLOGIA	Biometria Ultrassônica (monocular)	1.075,21	938,54	Hospital Vida e Saúde/Santa Rosa e Hospital São Vicente de Paulo/ Três De Maio	Hospital Vida E Saúde: Referência – População Própria;  Hospital São Vicente De Paulo: Referência Para Demais Municípios Da Região
	Biomicroscopia de fundo de olho	3.389,24	2.958,45	Hospital Vida e Saúde/Santa Rosa e Hospital São Vicente de Paulo/ Três de Maio	
	Campimetria Comp. ou manual com gráfico	1.308,95	1.142,57	Hospital Vida e Saúde/Santa Rosa e Hospital São Vicente de Paulo/ Três de Maio	
	Ceratometria	280,49	244,84	Hospital Vida e Saúde/Santa Rosa e Hospital São Vicente de Paulo/ Três de Maio	
	Curva Diária de Pressão Ocular CDPO	1.238,83	1.081,36	SEM PRODUÇÃO	
	Fundoscopia	3.389,24	2.958,45	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	
	Gonioscopia	888,22	775,32	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	
	Mapeamento de retina com gráfico	5.142,30	4.488,68	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	
	Microscopia especular de córnea	11,69	10,20	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	
	Paquimetria ultrassônica	958,34	836,53	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	
	Potencial de acuidade visual	93,50	81,61	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	
	Retinografia Colorida Binocular	2.617,90	2.285,15	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	
	Retinografia Fluorescente Binocular	1.308,95	1.142,57	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	
	Teste de visão de cores	2,34	2,04	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	
Teste ortóptico	1.238,83	1.081,36	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio		

	Tonometria	8.251,06	7.202,29	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	
	Topografia computadorizada de córnea	409,05	357,05	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	
	Ultrassonografia do globo ocular/orbita monocular	490,86	428,47	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	
	Endoscopia	DI	DI	HOSPITAL VIDA E SAÚDE DE SANTA ROSA	Inclui Procedimentos -Aparelho digestivo, Urinário e Respiratório
ONCOLOGIA	Exames Anatomo e Citopatológicos	02.03.01.001-9 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA;		CENTRO PATOLÓGICO DE ERECHIM; LABORATÓRIO NOROESTE; HOSPITAL VIDA E SAÚDE; IJUÍ; POA	
		02.03.01.008-6 EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO;			
		02.03.01.002-7 EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS);			
		02.03.01.003-5 EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL);			
		02.03.02.002-2 EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRURGICA; 02.03.02.003-0 EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA); 02.03.02.004-9 IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR); 02.03.02.006-5 EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA; 02.03.02.007-3 EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA; 02.03.02.008-1 EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA			
		02.03.02.001-4 DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS;			
		02.03.01.004-3 EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA;			
	Mamografia	DI	DI	Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa; Hospital de Caridade de Santo Cristo; Hospital São Vicente de Paulo de Três De Maio e Centro de Saúde Da Mulher de Giruá	
	Ultrassonografia	DI	DI	Sem referência SUS regional	
ORTOPEDIA	RM de Articulações	DI	DI	Hospital Vida E Saúde/ Santa Rosa	
	TC articulação MMII	116,87	102,02	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	Hospital Vida e Saúde: referência para Traumatologia Média
	TC articulação MMSS	35,06	30,60	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	Complexidade(Alecri m, Campina das Missões, Cândido Godói, Dr. Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Novo Machado, Porto Mauá, Porto Lucena, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Tucunduva e Tuparendj) e Alta Complexidade para toda região; Hospital
	TC coluna lombo sacra	350,61	306,05	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	
	TC coluna torácica	58,44	51,01	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	
	TC Pelve e Bacia	934,96	816,12	Hospital Vida E Saúde/Santa Rosa E Hospital São Vicente De Paulo/ Três De Maio	

	Tomografia Computadorizada Coluna Cervical	233,74	204,03	Hospital Vida e Saúde/Santa Rosa e Hospital São Vicente de Paulo/ Três de Maio	São Vicente de Paulo: referência Traumatologia Média Complexidade (Alegria, Boa Vista do Buricá, Independência, São José do Inhacorá, Nova Candelária e Três de Maio)
OTORRINO LARINGOLOGIA	Audiometria de reforço visual + imitanciométrica	11,69	10,20	Hospital São Vicente de Paulo/Três de Maio	-
	Audiometria tonal limiar/imitanciométrica/logoaudiometria	1.986,80	1.734,26	Hospital São Vicente de Paulo/Três de Maio	-
	Avaliação auditiva comportamental infantil + Impetanciométrica	2.571,15	2.244,34	Hospital São Vicente de Paulo/Três de Maio	-
	Avaliação do processamento auditivo	257,12	224,43	Hospital São Vicente de Paulo/Três de Maio	-
	Fibronasolaringoscopia	233,74	204,03	Hospital São Vicente de Paulo/Três de Maio	-
	Potencial evocado auditivo do tronco encefálico	116,87	102,02	Hospital São Vicente de Paulo/Três de Maio	-
	Teste vestibular	140,24	122,42	Sem Produção	-
	Videolaringoscopia	1.075,21	938,54	Hospital São Vicente de Paulo/Três De Maio	-
PNEUMOLOGIA	Broncoscopia	280,49	244,84	Sem Referência SUS Regional	-
	Espirometria	3.038,63	2.652,40	Tele-Espirometria/ Respiranet)- Resolução CIB/RS 63/1	-
	Ressonância magnética (RM)	11,69	10,20	Hospital Vida e Saúde/ Santa Rosa	-
	TC de tórax convencional	934,96	816,12	Hospital São Vicente de Paulo/Três De Maio	-
UROLOGIA	Cistoscopia	233,74	204,03	Hospital de Caridade de Palmeira das Missões (Atendendo Momentaneamente a Região)	-
	Ecografia de Vias Urinárias	DI	DI	Sem Referência SUS Regional	
	Estudo urodinâmico	350,61	306,05	Sem Referência SUS Regional	-
	Uretrocistografia miccional	116,87	102,02	Sem Referência SUS Regional	-
	US de próstata abdominal	350,61	306,05	Sem Referência SUS Regional	-
	US Prostatatransretal	233,74	204,03	Sem Referência SUS Regional e Produção	-
	Litotripsia	DI	DI	Hospital de Caridade de Ijuí (Até 2,5 Cm) e Hospital de Caridade de Palmeira das Missões (Temporariamente) Pedras + 2,5 Cm	

Fonte: BI SES/RS, 2019

#### 5.1.4 – Assistência Farmacêutica

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

A organização, a dispensa e a garantia de acesso ao elenco de medicamentos preconizados pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), nos diferentes componentes da Assistência Farmacêutica, ou seja, básico, especial, estratégico e especializado está garantido pelas três esferas administrativas públicas, através do financiamento tripartite (União, Estado e Municípios). Em suma os 22 municípios da Região de Saúde 14 contam com pontos de distribuição de medicamentos e insumos farmacêuticos, ou seja, locais de dispensa direta ao usuário que objetiva a orientação na otimização da utilização de medicamentos, bem como o seu uso racional, além da orientação do uso racional dos medicamentos, além da operacionalização do sistema AME interconectado a plataforma informatizada do Estado.

Tabela 6: Sistema de Apoio Assistência Farmacêutica

Componente	Ações e Serviços	Executado Residência	Fontes	+ Informações
Sistema de Apoio Assistência Farmacêutica	Aplicação do medicamento palivizumabe	1	Resolução CIB 324/2010 - Hórus Executado - Hórus 2019	Locais que fazem aplicação do medicamento palivizumabe (tratamento do Vírus sincicial respiratório), atendendo crianças menores de um ano nascidas pré-termo (28 semanas ou menos) ou menores de dois anos de idade que apresentam doença pulmonar crônica ou cardiopatia congênita.
Sistema de Apoio Assistência Farmacêutica	Centros ou Unidades de Assistência de Alta Complexidade - CACONS e UNACONS	1	Resolução CIB 255/2018 - AME Programas Executado - AME 2019.	Locais onde são dispensados os medicamentos oncológicos, fornecidos pelo Ministério da Saúde, e prestada assistência integral aos usuários.
Sistema de Apoio Assistência Farmacêutica	Distribuição de medicamentos do componente estratégico	22	NÃO HÁ - não há Executado - Planilha interna CPAF 2019	Distribuição de Medicamentos do componente estratégico da AF, de compra centralizada pelo Ministério da Saúde, para atendimento às doenças de perfil endêmico e outras de caráter estratégico.
Sistema de Apoio Assistência Farmacêutica	Farmácia de Medicamentos Especiais e Especializados	22	Resolução CIB 143/2003 - AME Executado - AME 2019.	Dispensação de medicamentos do componente especializado da AF, financiados pelo Ministério da Saúde e distribuídos pelo Estado do RS. Dispensação de medicamentos e fórmulas nutricionais do componente especial da AF, financiados pelo Estado do RS, para o tratamento de doenças prevalentes regionalmente, não contempladas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do MS.

Fonte: BI SES/RS, 2019

O Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa possui um Centro de Assistência de Alta Complexidade - UNACON o qual realiza distribuição dos medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde aos pacientes oncológicos.

A logística dos medicamentos do componente estratégico é atribuição da assistência farmacêutica, em conjunto com o setor de vigilância epidemiológica e assistência das doenças transmissíveis, especialmente influenza, hanseníase, chagas, tuberculose, HIV/AIDS e sífilis, que perpassa pela Coordenadoria Regional de Saúde, aos municípios até a dispensa aos usuários.

Além dos medicamentos, é realizada a logística de testes rápidos para dengue e chikungunya, HIV, Sífilis, Hepatite B e C aos municípios.

O Hospital de Caridade de Santo Ângelo é referência macrorregional no seguimento a prematuro egresso. Desta forma, são realizados os agendamentos dos recém-nascidos para aplicação do imunobiológico palivizumabe, indicado para prevenção da infecção respiratória pelo vírus sincicial respiratório em crianças, e demais acompanhamentos. São critérios de inclusão (conforme Portaria Conjunta SAS-SCTIE/MS nº23, de 23/10/18): a) Crianças menores de 1 ano de idade que nasceram prematuras com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas (28 semanas e 6 dias); b) Crianças menores de 2 anos de idade, com doença pulmonar crônica da prematuridade (DPCP), definida pela dependência de oxigênio em prematuros a partir de 28 dias de vida acompanhada de alterações típicas na radiografia pulmonar ou dependência de oxigênio com 36 semanas de idade gestacional corrigida, em prematuro extremo; c) Crianças menores de 2 anos de idade, com cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada.

### 5.1.5 – Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência

A saúde da pessoa com deficiência (SPD) atua na prevenção primária e secundária, através de ações na Atenção Básica e na Atenção Especializada. Nesta última, atua através de atendimentos e fornecimento de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPMs), contribuindo para habilitação e/ou reabilitação das funcionalidades humanas.

Tabela 7: Estrutura da rede de Atenção da Pessoa com Deficiência

Rede de Atenção	Componente	Ações e Serviços	Município	Municípios de Referência
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	Atenção Primária	Hospitais e CER II (Centro Especializado em Reabilitação)	Hospital São José - Giruá	Alecrim/ Cândido Godói/ Campina das Missões/ Giruá/ Porto Lucena/ Porto Vera Cruz/ Santo Cristo/ São Paulo das Missões/ Senador Salgado Filho
			Hospital São Vicente de Paulo – Três de Maio	Alegria/Boa Vista do Buricá/Doutor Maurício Cardoso/ Independência/ Nova Candelária/São José do Inhacorá/ Três de Maio
			CER Santa Rosa	Porto Mauá/ Santa Rosa/ Tuparendi
			CER Três de Maio	Horizontina/ Novo Machado/ Tucunduva
	Atenção Secundária e Terciária	CER - II (Centro Especializado em Reabilitação)	CER II Santa Rosa	Atende <b>reabilitação intelectual</b> (referência para os municípios de Santa Rosa, Porto Vera Cruz, Porto Mauá, Tuparendi e Tucunduva) e <b>auditiva</b> (referência para Alecrim, Campina das Missões, Cândido Godói, Giruá, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São Paulo das Missões, Senador

			Salgado Filho, Tucunduva e Tuparendi).
		CER Giruá II:	Atende reabilitação <b>física</b> (referência para 12ª CRS e 14ª CRS) e reabilitação <b>visual</b> (referência para 4º CRS, 9º CRS, 10º CRS, 12º CRS, 14º CRS, e 17º CRS).
		CER II Três de Maio:	Atende reabilitação <b>intelectual</b> (referência para Três de Maio e São José do Inhacorá) e reabilitação <b>auditiva</b> (referência para Alegria, Boa Vista do Buricá, Doutor Maurício Cardoso, Independência, Horizontina, Nova Candelária, São José do Inhacorá e Três de Maio)
Atenção Secundária e Terciária	Reabilitação Intelectual (serviço de modalidade única)	APAE Alegria	Alegria
		APAE Boa Vista	Boa Vista do Buricá e Nova Candelária
		APAE Giruá	Giruá/Senador Salgado Filho
		APAE Independência	Independência
		APAE Horizontina	Horizontina/Dr. Mauricio Cardoso/ Novo Machado
		APAE Santa Rosa	Santa Rosa/ Santo Cristo/ Cândido Godói/ Alecrim/ Campina das Missões/ São Paulo das Missões/ Porto Lucena
Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Atendimentos/Acompanhamentos em Reabilitação Intelectual, auditiva, física e visual	Realizado pelo CER de Santa Rosa; CER de Três de Maio; CER de Giruá e as 6 APAES	Todos os municípios possuem referência para Reabilitação Intelectual da Região 14
Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Produção de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM)	CER de Giruá, CER de Santa Rosa e CER de Três de Maio	Referência para todos os municípios da Região 14

Fonte: 14ª CRS, SES/RS, 2019

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN ou Teste da Orelhinha) integra as ações da saúde auditiva para diagnóstico precoce da deficiência auditiva. A região de saúde Fronteira Noroeste conta com 4 referências ( 2 CER e 2 hospitais) para esta triagem.

Na 14º CRS a rede de serviços especializados está constituída da seguinte forma: 3 CER - Centros Especializados em Reabilitação (atendem 2 áreas de deficiência) e 6 SMU (Serviços de Modalidade Única) habilitados para atendimento em Reabilitação Intelectual.

Ainda faz parte desta rede o fornecimento por parte do Estado de componentes estratégicos dispostos através do Sistema de Gerenciamento de Usuário com Deficiência – GUD que compreende o fornecimento de insumos a pacientes ostomizados, fraldas e oxigenoterapia domiciliar, além de monitoramento, acompanhamento e avaliação da assistência prestada. O tratamento fora de domicílio (TFD) também é oportunizado pela Rede da SPD.

---

### 5.1.6- Rede Materno Infantil

A Região de Saúde 14 possui Plano de Ação Regional da Rede Cegonha aprovado com retificações através da Deliberação CIR 30/2018 e Resolução CIB RS 029/2019 encaminhado ao Ministério da Saúde com aprovação da área Técnica da Coordenação da Saúde da Criança e Aleitamento Materno aguardando publicação da Portaria de Habilitação pelo Ministério da Saúde.

Ficaram estabelecidas as seguintes referências para atendimento ao Parto de Risco Habitual:

- Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa municípios de: Cândido Godói, Giruá, Novo Machado, Porto Mauá, Santa Rosa, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Tucunduva e Tuparendi e o município de Ubiretama pertencente a Região 11 – Sete Povos das Missões;
- Hospital São Vicente de Paulo de Três de Maio municípios de: Alegria, Boa Vista do Buricá, Doutor Maurício Cardoso, Independência, Nova Candelária, São José do Inhacorá e Três de Maio;
- Hospital de Caridade de Santo Cristo municípios de: Alecrim, Porto Lucena, Porto Vera Cruz e Santo Cristo.

Os municípios de Campina das Missões e Horizontina ficaram com referência para parto de risco habitual junto aos hospitais locais: Associação Assistencial e Cultural Padre Benedito Meister de Campina das Missões e a Associação Beneficente Oswaldo Cruz de Horizontina.

O Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa foi estabelecido como referência para Gestação de Alto Risco para todos os municípios pertencentes a Região 14.

De acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde a Região 14 possui necessidade de 28 leitos obstétricos sendo que 06 leitos obstétricos de alto risco e 22 leitos obstétricos de risco habitual. O Plano de Ação Regional prevê solicitação de 14 leitos obstétricos de risco habitual para o Hospital Vida e Saúde e ampliação de seis (6) leitos de referência para atendimento da Gestação de Alto Risco.

Em relação aos Leitos de UTI adulto esta região possui cadastrado no CNES 10 leitos habilitados junto ao Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa e seis (06) Leitos junto ao Hospital São Vicente de Paulo de Três de Maio. 10 LEITOS ABOSCO (habilitados pelo Ministério da Saúde, mas com funcionamento suspenso temporariamente). Para a Região 14 existe a necessidade dois (2) leitos de UTI Adulto Tipo II de referência para a Rede

---

Cegonha. O Plano de Ação tem solicitação de qualificação de dois (2) leitos de UTI Adulto Tipo II para referência para a rede cegonha junto ao Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa.

Em relação a UTI Neonatal esta região possui cadastrados no CNES dez (10) leitos sendo que destes oito (8) habilitados para o SUS junto ao Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa com proposta de qualificação de cinco (5) leitos de UTI Neonatal Tipo II junto a Instituição.

Região não possui Unidade de Cuidado Intermediário (UCINco) com proposta de implementação de cinco (5) leitos junto ao Hospital vida e Saúde de Santa Rosa, assim como a implantação de dois (2) leitos na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINca).

A Resolução CIB-RS 309/2014, estabeleceu a habilitação Estadual do Hospital Vida e Saúde como Ambulatório de Gestante de Alto Risco Tipo I - Cobertura assistencial de 700 gestantes de alto risco/ano, computando 70 primeiras consultas/mês e 630 reconsultas/mês.

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

Enquanto rede assistencial cabe ressaltar a informação que o Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa possui ainda a solicitação de proposta de implantação de um Centro de Parto Normal junto ao Plano de Ação Regional.

### **5.1.7 – Rede Psicossocial**

No que se refere a Rede de Cuidados em Saúde Mental, a Região 14 abrange 22 municípios, possuindo na sua área de abrangência vários dispositivos para a promoção a saúde e prevenção de suicídios tais como: 05 (CAPS) Centros de Atenção Psicossocial, 07 (NAAB) Núcleo de Apoio a Atenção Básica, e 08 (OT) Oficinas Terapêuticas, destas 03 são do tipo I e 05 do tipo II, projeto favorável para implantação de um residencial terapêutico no município de Santa Rosa, 17 (NASF) Núcleos de Apoio a Saúde da Família, 71 (ESFs) Equipes de Estratégia de Saúde da Família, 42 leitos de Saúde

---

Mental em Hospital Geral, sendo que estes estão distribuídos no Hospital de Campina das Missões (14 leitos) e no Hospital Vida e Saúde (28 leitos).

A Região conta com parecer favorável para implantação de mais 24 leitos em Saúde Mental, estes serão alocados no Hospital de Porto Lucena, contemplado com 08 leitos, o Hospital de Horizontina contemplado com 10 leitos e Hospital de Campina das Missões contemplado com mais 06 leitos de Saúde Mental, além de disponibilizar 59 vagas em Comunidades Terapêuticas (AVIPAE e CRENOVI).

### **5.1.8- Rede de Urgência**

A Região de Saúde 14 possui Plano Regional da Rede de Urgência e Emergência aprovado, atualmente todos os municípios da região contam com cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A regulação das vagas de urgência da atenção pré-hospitalar é realizada pelas Centrais de Atendimento do SAMU.

A Unidade Suporte Básico – USB de Cândido Godói faz cobertura para os municípios de (Cândido Godói, Campina das Missões e São Paulo das Missões); USB de Giruá (Giruá e Senador Salgado Filho); USB Horizontina (Horizontina, Doutor Maurício Cardoso, Tucunduva e Novo Machado); USB de Santo Cristo (Porto Lucena, Porto Vera Cruz, Santo Cristo e Alecrim); USB de Três de Maio (Alegria, Independência, Três de Maio); USB de Boa Vista do Buricá (Nova Candelária, Boa Vista do Buricá, São José do Inhacorá além de São Martinho pertencente Região 13); USB de Tuparendi (Porto Mauá e Tuparendi); Santa Rosa possui uma USB para atendimento da população própria e uma Unidade de Suporte Avançado (USA) para cobertura de atendimento para toda a região 14.

A Unidade de SAMU Motolância foi desabilitada através da Resolução CIB-RS 036/2018. O município de Campina das Missões possui solicitação de habilitação de uma Unidade de Suporte Básico previsto no PAR.

Santa Rosa possui uma Unidade de Pronto Atendimento UPA 24 horas - porte II Habilitada pela PT GM 2136, de 30/09/2014 e qualificada pela PT GM 2757 de 04/12/2014.

A Região 14 possui Portas de Entrada Habilitadas conforme Resolução Nº 373/13 CIB/RS: Tipo B os hospitais de: Sociedade Hospital de Caridade de Alecrim município de Alecrim, Associação Hospitalar Boa Vista de Boa Vista do Buricá, Associação Assistencial Cultural e Hospitalar Padre Benedito Meister de Campina das Missões, Associação

Hospitalar Santo Afonso de Cândido Godói, Associação de Literatura e Beneficência de Giruá, Associação Franciscana de Assistência a Saúde de São Paulo das Missões, Associação Hospitalar Tucunduva e Novo Machado de Tucunduva, Centro de Assistência Médico Social - CAMS de Tuparendi; e TIPO C os hospitais: Associação de Literatura e Beneficência - Hospital São Vicente de Paulo de Três de Maio, Associação Beneficente Dom Bosco ( Vida e Saúde); e Tipo D: Associação Hospitalar Caridade Santa Rosa.

Em relação a UTI adulto esta região possui um total de 16 leitos de UTI existentes em funcionamento e 10 leitos aguardando reabertura com propostas de ampliação de 14 leitos para a região. Em relação a UTI Pediátrica são seis leitos existentes com proposta de ampliação de mais quatro leitos.

Tabela 8: Leitos de UTI Adulto e Pediátrica

	UTI Adulto			UTI Pediátrica		
	Leitos Existentes (CNES)	Proposta Implantação Novos Leitos-PAR	Proposta de leitos a qualificar-PAR	Leitos Existentes (CNES)	Proposta Implantação Novos Leitos-PAR	Proposta de leitos a qualificar-PAR
Associação Hospitalar Caridade Santa Rosa	10	10	8	6	4	5
Associação de Literatura e Beneficência - Hospital São Vicente de Paulo de Três de Maio	6	4	4	0	0	0
Hospital Abosco – Vida e Saúde	10**	0	8	0	0	0

\*\* Leitos habilitados pelo MS, mas com funcionamento suspenso temporariamente

Fonte: PAR URGÊNCIA/EMERGÊNCIA RS, 2019

Em relação aos Leitos de Cuidados Prolongados a Região 14 possui solicitação de Habilitação para implementação de 20 leitos junto a Sociedade Hospital de Caridade de Alecrim do município de Alecrim (aprovado Resolução CIB/RS 010/2018) aguardando publicação de Portaria pelo Ministério da Saúde, e 20 leitos para a Associação de Literatura e Beneficência de Giruá aguardando aprovação CIB.

O Plano Regional da Rede de Urgência e Emergência prevê também a implantação de 10 leitos de cuidado cérebro vascular (Tipo III) sendo que 5 agudos e 5 integrais e Implantação de Centro de Trauma Tipo III junto ao Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa.

## 5.2 - REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Este tópico da Organização e Estrutura da Rede de Atenção a Saúde busca estimar conforme a estratificação da população que apresenta a condição de saúde filtrada conforme determinadas linhas de cuidado: gestação/pré-natal, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.

### 5.2.1- Rede Materno Infantil (gestação/pré-natal)

#### 5.2.1.1- Estimativas Populacionais

Tabela 9: Estimativa número total de gestantes ano base 2017

Rede	Nível de Atenção	Estimativas Populacionais	Parâmetro	Parâmetro Pop SUS Exclusivo*	Parâmetro Pop SS**
Rede Materno Infantil	Atenção Primária	Gestantes de Alto Risco	420	363	57
	Atenção Primária	Gestantes de Risco Habitual	2382	2061	321
	Atenção Primária	Estimativa de total de gestantes	2802	2424	378
	Vigilância	Estimativa da proporção de gestantes da região de saúde que residem em município infestado pelo aedes aegypti	2,65%	2,31%	0,34%
			Parâmetro - Baseado na estimativa total de gestantes de 2017		

Fonte: BI SES/RS, 2019

A Região 14 possui cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica de 92,52%. Nesta região, os 22 municípios são infestados pelo *Aedes aegypti*, e o setor de vigilância epidemiológica investiga os casos de gestantes com exantema, para identificação de infecção por dengue, zika e chikungunya, além de outras exantemáticas que não estão relacionados ao vetor. Existe um Grupo de Trabalho - GT regional de microcefalia, para acompanhamento de gestantes com exantema e crianças com suspeita de microcefalia, em parceria com toda a rede de saúde, incluindo saúde da criança, atenção básica, da pessoa com deficiência e saúde da mulher. A notificação dos casos é realizada no Registro de Eventos em Saúde Pública - RESP, e a regional faz o monitoramento do diagnóstico e seguimento.

O pré-natal é um dos componentes da Rede Cegonha, aliado ao parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e o sistema logístico: transporte sanitário e regulação. Na Região 14 de Saúde, o percentual de gestantes com

7 ou mais consultas de pré-natal no ano de 2015, ficou em 77%, sendo que sete municípios atingiram mais de 80%. Na região 14, observa-se que em uma proporção significativa de nascidos vivos a cobertura de consultas de pré-natal se mostrou deficiente, além do mais, o número de consultas não necessariamente reflete a qualidade da atenção. Fomentar a alteração do modelo de atenção à saúde fragmentado, para redes de atenção à saúde, que garanta acesso, acolhimento e resolutividade é foco do trabalho em curso.

Os parâmetros de cálculo da rede cegonha previstos pela Portaria SAS/MS Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 estabelecem:

01 - cálculo da estimativa das gestantes em determinado território no ano: número de nascidos vivos no ano anterior + 10%. (total de gestantes 2.802 );

02 - cálculo de gestantes de risco habitual: 85% das gestantes estimadas (2.382 gestantes);

03 - cálculo de gestantes de alto risco: 15% das gestantes estimadas (420 gestantes);

04 - número de consultas preconizadas para todas as gestantes:

Tabela 10: Parâmetros previstos na legislação da Rede Cegonha

Pré-natal risco habitual	85% das gestantes.
Ações	Parâmetros
Consulta médica	3 consultas/gestante
Consulta enfermagem	3 consultas/gestante
Consulta de puerpério	1 consulta/gestante
Consulta odontológica	1 consulta

Fonte: Portaria SAS/MS Nº 1.459/2011. -

O pré-natal com qualidade destaca-se como sendo o primeiro alvo a ser atingido quando se busca reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal e, para tanto, a viabilização de políticas de atenção integral à saúde de mulheres e crianças, exige atuação profissional competente e atualizada de modo contínuo, portanto, a educação permanente em saúde em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil é meta estabelecida no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha.

O pré-natal deve ser o momento para atender às reais necessidades das gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. As ações de saúde precisam estar voltadas para cobertura

---

de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade da atenção, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal.

A gestação pode ser considerada como um dos determinantes do estado de saúde da mulher, sendo em algumas situações o único momento de contato que a mulher em idade reprodutiva terá com os serviços de saúde, tratando-se de uma grande oportunidade para atenção direcionada à promoção da saúde da mulher, orientação e rastreamento de enfermidades, cabendo a equipe de saúde a captação precoce de todas as gestantes da comunidade. Este poderá ser o ponto de partida para o acompanhamento no primeiro trimestre da gravidez, bem como a operacionalização das linhas do cuidado integral, estabelecendo condições para uma assistência pré-natal efetiva, objetivando garantir a continuidade da assistência em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

É importante ressaltar neste ponto que o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha, aqui expressa também a intenção de inclusão na agenda do pré-natal do (a) parceiro (a) da gestante; com avaliações e orientações dos profissionais de saúde sobre o pré-natal e sobre a própria saúde do (a) parceiro(a), além de exames laboratoriais.

No componente pré-natal, salienta-se ainda a necessidade de captação precoce da gestante, qualificação da atenção, acolhimento às intercorrências, avaliação de risco gestacional e vulnerabilidade, acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno, vinculação da gestante ao local de realização do parto, garantia dos exames de pré-natal risco habitual e alto risco, qualificação do sistema e da gestão da informação e de implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

Além disso, torna-se necessário aprimorar a Linha de Cuidado Integral à Gestante e Puérpera, com referências claras, conforme estabelecidas no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha, com relação a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais, a ambiência das maternidades, a humanização da atenção e as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, o acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades como dispositivo de co-gestão, bem como a garantia de testes rápidos para HIV, VDRL, Hep B e C, a todas as parturientes.

Em relação a Cobertura Vacinal da DT em Gestantes no ano de 2018 a cobertura de gestantes foi de 83,20% da meta proposta para a região. Não se pode informar quais os motivos para a não vacinação de todas as gestantes, uma vez que os municípios trabalham com o incentivo e orientação sobre a importância da vacinação das gestantes durante o pré-natal, nos grupos de gestantes da rede pública. Não há como informar se as gestantes não vacinadas são da rede privada ou pública.

Dentre as estratégias utilizadas para o alcance do público-alvo de gestantes estavam a avaliação da situação vacinal da gestante durante o pré-natal e orientação para realização de vacinas indicadas durante a gestação; e realização de notas de esclarecimento para os profissionais de saúde sobre a importância da vacinação da gestante.

Em relação a Cobertura da Vacina da Influenza em Gestantes no ano de 2018 a cobertura de influenza na Região 14, foi de 84,85% sendo que a meta de cobertura vacinal em gestantes é de 90%.

### 5.2.1.2- Necessidade de Ações e Serviços Atenção Pré Natal

Tabela 11: Ações e Serviços de Atenção ao Pré Natal

Nível de Atenção	Ações e Serviços	Parâmetro	Parâmetro Pop SUS Exclusivo*	Fonte	+ Informações
Atenção Secundária	Consulta psicossocial	420	363	Rede de Atenção a Saúde	-
Atenção Secundária	Contagem de plaquetas	126	1096	Laboratórios Conveniados	-
Atenção Secundária	Dosagem de proteínas	420	363	Laboratórios Conveniados	-
Atenção Secundária	ECG-Eletrocardiograma	126	1096	Referencias Regionais	-
Atenção Secundária	Dosagem de ureia, creatinina e ácido úrico	420,42	363,72	Laboratórios Conveniados	-
Atenção Secundária	Toxoplasmose IgM	8408	7274	Laboratórios Conveniados	3 exames por gestante - Resolução 251/2018 (nota técnica pré natal)
Atenção Secundária	Toxoplasmose IgG	8408	7274	Laboratórios Conveniados	3 exames por gestante - Resolução 251/2018 (nota técnica pré natal)
Atenção Secundária	Teste rápido para detecção hepatite B	2802	2424	Unidades Básicas + Hospitais	1 exame por gestante - Portaria Nº1631/2015
Atenção Secundária	Antibiograma	5605	4849	Laboratórios Conveniados	2 exames por gestante - Portaria Nº1631/2015 e Portaria Nº650/2011
Atenção Secundária	EQU	5605	4849	Laboratórios Conveniados	EAS
Atenção Secundária	Teste rápido (TR) para detecção de HIV	8404	7274	Unidades Básicas + Hospitais	3 exames por gestante - Resolução 251/2018 (nota técnica pré natal)
Atenção Secundária	Teste rápido (TR) para Sífilis ou VDRL	8408	7274	Unidades Básicas + Hospitais	3 exames por gestante - Resolução 251/2018 (nota técnica pré natal)
Atenção Secundária	Consulta especializada obstetrícia	2102	1818	Sem referencia para Gestação de Baixo Risco e Alto Risco no AGAR	-
Atenção Secundária	Hematócrito	5605	4849	Laboratórios Conveniados	-

Atenção Secundária	Hemoglobina	5605	4849	Laboratórios Conveniados	-
Atenção Secundária	Glicemias	2802	2424	Laboratórios Conveniados	-
Atenção Secundária	Fator RH	2082	2427	Laboratórios Conveniados	-
Atenção Secundária	Tocardiografia ante-parto	420,42	363,72	Hospital São Vicente de Paulo-Três de Maio realiza para Gestantes da Micro	-
Atenção Secundária	Teste de tolerância à glicose	2802	2424	Laboratórios Conveniados	-
Atenção Secundária	HBSAg	5605	4849	Laboratórios Conveniados	-
Atenção Secundária	Eletroforese de hemoglobina	2802	2424	Laboratórios Conveniados	-
Atenção Secundária	ABO	2802	2424	Laboratórios Conveniados	-
Atenção Secundária	Parasitológico de Fezes	2802	2424	Laboratórios Conveniados	-
Atenção Secundária	Cultura de bactérias para identificação (urina)	5605	4849	Laboratórios Conveniados	-
Atenção Secundária	Dosagem proteinúria-fita reagente	840,84	727	Laboratórios Conveniados	-
Atenção Secundária	Teste Coombs indireto para RH negativo	840,84	727	Laboratórios Conveniados	-
Atenção Secundária	Ultrassom obstétrico com Doppler	420,42	363,72	Sem referencia regional pactuada	-
Atenção Secundária	Ultrassom obstétrico	2802	2424	Referencia regional Centro de Saúde da Mulher de Giruá	-
Vigilância	Cobertura da Vacina Influenza em Gestantes	1746	1513	Imunizações	Número de gestantes vacinadas com a Influenza
Vigilância	Cobertura da Vacina dTpa em Gestantes	2583	2238	Imunizações	Número de gestantes vacinadas com a dTpa

Fonte: BI SES/RS, 2019

### 5.2.2 - Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas

A organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivos gerais:

1. Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas;
2. Garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas;
3. Impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas;
4. Contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

No Brasil, a partir do quadro epidemiológico apresentado, estão sendo priorizados na organização da rede os seguintes eixos temáticos, dentro dos quais serão desenvolvidas as linhas de cuidado para as doenças/fatores de risco mais prevalentes: Doenças renocardiovasculares; Diabetes; Obesidade; Doenças respiratórias crônicas; Câncer (de mama e colo de útero). O Estado do Rio Grande do Sul elenca dois eixos

### 5.2.2.1 – Diabetes Mellitus

Tabela 12: Parâmetro e Estimativas do Diabetes Mellitus na Região 14 de Saúde

Rede	Nível de Atenção	Estimativas Populacionais	Parâmetro	Parâmetro Pop SUS Exclusivo*	+ Informações
Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas	Atenção Primária	Diabetes Mellitus - Prevalência média	12874	11279	Cálculo considera 6,9% da população de 18 anos e mais conforme índice de incidência brasileiro
	Atenção Primária	Diabetes Mellitus - Risco alto	3218	28109	-
	Atenção Primária	Diabetes Mellitus - Risco médio	6437	5.639,65	-
	Atenção Primária	Diabetes Mellitus - Risco muito alto	643	563	-
	Atenção Primária	Diabetes Mellitus - Risco baixo	2574	2255	-
	Atenção Primária	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00%	100,00%	((Nº de ESF + Nº de ESF equivalente) * 3.000 / População no mesmo local e período) * 100
	Vigilância	Consumo Abusivo de Alcool nos últimos 30 dias	21270	18635	11,4% da população 18 anos ou mais da região - PNS 2013
	Vigilância	Consumo Elevado de Sal	36197	21712	19,4% da população 18 anos ou mais da região - PNS 2013
	Vigilância	Insuficientemente Ativos	82283	72089	44,1% da população 18 anos ou mais da região - PNS 2013
	Vigilância	Tabagismo - Fumantes atuais	26494	23212	14,2% da população 18 anos ou mais da região - PNS 2013
	Vigilância	Obesidade	37130	32530	19,9% da população 18 anos ou mais da região - VIGITEL 2016

Fonte: BI SES/RS, 2019

Diabetes mellitus (DM) é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation, IDF) estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) vivia com diabetes. No Brasil, a prevalência média do DM, na da população de 18 anos ou mais, é de 6,9%.

O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, como: rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso e obesidade, uso excessivo de álcool, consumo elevado de sal, tabagismo, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevida dos indivíduos com diabetes.

### 5.2.2.1.1- Necessidade de Ações e Serviços Diabetes Mellitus

Tabela 13: Parâmetros assistenciais da linha de cuidado da Diabetes Mellitus

Nível de Atenção	Ações e Serviços	Parâmetro	Parâmetro Pop SUS Exclusivo *	Parâmetro Pop SS**	Executado	Fonte	+ Informações
Atenção Primária	Consulta na Atenção Básica para população com Diabetes de Baixo ou Médio Risco	18.023,92	15.791,01	2.232,91	DI	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017	2 consultas por diabético classificado como baixo ou médio risco ao ano na AB - Planilha programação CONASS
Atenção Primária	Consulta na Atenção Básica para população com Diabetes de Alto ou Muito Alto Risco	15.449,07	13.535,15	1.913,92	DI	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017	4 consultas por diabético classificado como alto ou muito alto risco ao ano na AB - Planilha programação CONASS
Atenção Secundária	02.11.06.017-8 - Retinografia colorida binocular	12.874,23	11.279,29	1.594,94	565	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.11.06.010-0 - Fundoscopia	12.874,23	11.279,29	1.594,94	19.288	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.02.01.029-5 - Dosagem de colesterol total	11.586,80	10.151,36	1.435,44	35.515	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.02.01.047-3 - Dosagem de glicose	16.736,50	14.663,08	2.073,42	46.010	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	Teste ergométrico	140,24	122,42	17,83	800	Parâmetro - População SPGG de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.02.01.031-7 - Dosagem de creatinina	17.380,21	15.227,04	2.153,16	35.902	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.02.01.050-3 - Dosagem de hemoglobina glicosilada	33.472,99	29.326,16	4.146,83	5.581	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicerídeos	11.586,80	10.151,36	1.435,44	27.177	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise

Atenção Secundária	Consulta de endocrinologista para diabéticos de alto e muito alto risco	7.724,54	6.767,58	956,96	DI	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017	2 consultas por pessoa com diabetes classificada como alto ou muito alto risco ao ano; Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.02.05.009-2 - Dosagem de microalbumina na urina	12.874,23	11.279,29	1.594,94	1.113	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	11.586,80	10.151,36	1.435,44	8.352	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	04.05.03.004-5 - Fotocoagulação a laser	2.703,59	2.368,65	334,94	16	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.02.05.001-7 - Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	13.517,94	11.843,26	1.674,68	36.941	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	11.586,80	10.151,36	1.435,44	20.643	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma	13.517,94	11.843,26	1.674,68	16.669	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Terciária	Angioplastia intraluminal de vasos das extremidades (c/ stent recoberto)	DI	DI	DI	1	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Angioplastia intraluminal de vasos do pescoco ou troncos supra-aorticos (c/ stent não recoberto)	DI	DI	DI	6	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Angioplastia intraluminal de vasos das extremidades (c/ stent não recoberto)	DI	DI	DI	17	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Angioplastia intraluminal de vasos das extremidades (sem stent)	DI	DI	DI	12	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Angioplastia coronariana	DI	DI	DI	7	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Amputação / Desarticulação de membros inferiores	DI	DI	DI	36	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-

Atenção Terciária	Revascularização por ponte / tromboendarterectomia femuro-poplitea proximal	DI	DI	DI	2	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Angioplastia com implante de duplo stent em aorta/arteria pulmonar e ramos	DI	DI	DI	1	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Angioplastia coronariana primária	DI	DI	DI	35	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Revascularização por ponte / tromboendarterectomia femuro-poplitea distal	DI	DI	DI	4	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Amputação / desarticulação de pé e tarso	DI	DI	DI	6	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Angioplastia coronariana c/ implante de stent	DI	DI	DI	119	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Angioplastia coronariana c/ implante de dois stents	DI	DI	DI	99	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Vigilância	Número de Academias de Saúde em Funcionamento por Região de Saúde	DI	DI	DI	3	Executado - CGDANT/SVS/MS, em outubro de 2018	-
Vigilância	Número de municípios com o Programa do Tabagismo em funcionamento	DI	DI	DI	12	Executado - DANT/DVE/CEVS/RS 2019	-

Fonte: BI SES/RS, 2019

### 5.2.2.2 – Hipertensão Arterial

Entre as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente, aumentando progressivamente com a idade (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). A HAS apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade e, em especial, nos mais idosos (ZAITUNE et al., 2006). Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as Doenças Cardiovasculares têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos.

Tabela 14: Estimativas e Parâmetros para a Hipertensão Arterial

Nível de Atenção	Estimativas Populacionais	Parâmetro	Parâmetro Pop SUS Exclusivo*	+ Informações
Atenção Primária	Hipertensão Arterial - Risco alto	9982	8745	-
Atenção Primária	Hipertensão Arterial - Risco médio	13975	12243	-
Atenção Primária	Hipertensão Arterial - Prevalência média	39928	34982	Cálculo considera 21,4% da população conforme índice de incidência brasileiro
Atenção Primária	Hipertensão Arterial - Risco baixo	15971	13992	-
Atenção Primária	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00%	100,00%	((Nº de ESF + Nº de ESF equivalente) * 3.000 / População no mesmo local e período) * 100
Vigilância	Insuficientemente Ativos	82283	72089	44,1% da população 18 anos ou mais da região - PNS 2013
Vigilância	Consumo Abusivo de Alcool nos últimos 30 dias	21270	18635	11,4% da população 18 anos ou mais da região - PNS 2013
Vigilância	Tabagismo - Fumantes atuais	26494	23212	14,2% da população 18 anos ou mais da região - PNS 2013
Vigilância	Consumo Elevado de Sal	36197	31712	19,4% da população 18 anos ou mais da região - PNS 2013
Vigilância	Obesidade	37130	32530	19,9% da população 18 anos ou mais da região - VIGITEL 2016

Fonte: BI SES/RS, 2019

#### 5.2.2.2.1- Necessidade de Ações e Serviços Hipertensão Sistêmica

Tabela 15: Necessidades de Ações e Serviços da Hipertensão Sistêmica

Nível de Atenção	Ações e Serviços	Parâmetro	Parâmetro Pop SUS Exclusivo*	Parâmetro Pop SS**	Executado	Fonte	+ Informações
Atenção Primária	Consulta na Atenção Básica para população com Hipertensão de Risco Intermediário	69.875,33	61.218,77	8.656,57	DI	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017	2 consultas médica, 2 de enfermagem e 1 odontológica por hipertenso classificado como risco intermediário - Caderno de AB Nº 37, pg. 74
Atenção Primária	Consulta na Atenção Básica para população com Hipertensão de	47.914,51	41.978,58	5.935,93	DI	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de	1 consulta médica, 1 de enfermagem e 1 odontológica por hipertenso classificado como baixo risco - Caderno de

	Baixo Risco					2017	AB Nº 37, pg. 74
Atenção Primária	Consulta na Atenção Básica para população com Hipertensão de Alto Risco	69.875,33	61.218,77	8.656,57	DI	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017	3 consultas médica, 3 de enfermagem e 1 odontológica por hipertensão classificado como alto moderado - Caderno de AB Nº 37, pg. 74
Atenção Secundária	02.02.01.047-3 - Dosagem de glicose	39.928,76	34.982,15	4.946,57	46.010	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	Consulta Médica Cardiologia	14.024,46	12.241,86	1.782,60	0	Parâmetro - População SPGG de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.11.06.010-0 - Fundoscopia	39.928,76	34.982,15	4.946,61	19.288	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.02.01.029-5 - Dosagem de colesterol total	39.928,76	34.982,15	4.946,61	35.515	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.02.01.031-7 - Dosagem de creatinina	39.928,76	34.982,15	4.946,61	35.902	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicérides	39.928,76	34.982,15	4.946,61	27.177	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise

						Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	
Atenção Secundária	Consulta Médica Endocrinologia	584,35	510,08	74,28	0	Parâmetro - População SPGG de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma	39.928,76	34.982,15	4.946,61	16.669	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	39.928,76	34.982,15	4.946,61	20.643	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.02.05.001-7 - Análise de caract. físicos, elementos e sedimento da urina	39.928,76	34.982,15	4.946,61	36.941	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.02.01.060-0 - Dosagem de potássio	39.928,76	34.982,15	4.946,61	8.600	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Secundária	02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	39.928,76	34.982,15	4.946,61	8.352	Parâmetro - População SPGG maiores de 18 anos no ano de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2015	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise

Atenção Secundária	Consulta Médica Nefrologia	3.739,86	3.264,50	475,36	0	Parâmetro - População SPGG de 2017 Executado - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	Parâmetro calculado e quantitativo executado referem-se ao total de demandas para especialidade, não se restringindo a linha de cuidado em análise
Atenção Terciária	Amputação / Desarticulação de membros inferiores	DI	DI	DI	36	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Amputação / desarticulação de pé e tarso	DI	DI	DI	6	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Revascularizacão por ponte / tromboendarterectomia fêmuro-poplitea distal	DI	DI	DI	4	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Angioplastia coronariana c/ implante de dois stents	DI	DI	DI	99	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Angioplastia intraluminal de vasos das extremidades (c/ stent não recoberto)	DI	DI	DI	17	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Angioplastia intraluminal de vasos das extremidades (c/ stent recoberto)	DI	DI	DI	1	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Angioplastia intraluminal de vasos das extremidades (sem stent)	DI	DI	DI	12	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Angioplastia intraluminal de vasos do pescoço ou troncos supra-aorticos (c/ stent não recoberto)	DI	DI	DI	6	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Angioplastia com implante de duplo stent em aorta/artéria pulmonar e ramos	DI	DI	DI	1	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Angioplastia coronariana primária	DI	DI	DI	35	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Angioplastia coronariana	DI	DI	DI	7	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Atenção Terciária	Revascularizacão por ponte /	DI	DI	DI	2	Executado - Sistema de	-

	tromboendarterectomia femuro-poplitea proximal					Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	
Atenção Terciária	Angioplastia coronariana c/ implante de stent	DI	DI	DI	119	Executado - Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) 2017	-
Vigilância	Número de municípios com o Programa do Tabagismo em funcionamento	DI	DI	DI	12	Executado - DANT/DVE/CEVS/RS 2019	-
Vigilância	Número de Academias de Saúde em Funcionamento por Região de Saúde	DI	DI	DI	3	Executado - CGDANT/SVS/MS, em outubro de 2018	-

Fonte: BI SES/RS, 2019

### Necessidade de Ações e Serviços Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.

A Atenção Primária à Saúde tem a função primordial de Ordenadora da Rede e Coordenadora do Cuidado, neste contexto, a estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede. É responsável também por realizar ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população.

As ações para a qualificação da APS, precisam estar relacionadas à infraestrutura dos serviços, à oferta diagnóstica e terapêutica, ao processo de trabalho dos profissionais e outras, precisam ser desenvolvidas de forma coerente com a atuação em rede, respondendo de forma efetiva às necessidades de saúde da população adscrita. Torna-se necessária a expansão e aprimoramento do apoio matricial às equipes de referência da APS por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); profissionais qualificados para atender, de maneira integral, aos principais problemas de saúde da população; processos de educação permanente voltados para a realidade de trabalho dos profissionais; dispor de fortes sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico.

No tocante ao apoio terapêutico, a garantia da assistência farmacêutica para atenção às doenças crônicas, tanto dos medicamentos da farmácia básica quanto daqueles da farmácia especializada/estratégica, é fundamental. As práticas integrativas e complementares (homeopatia, acupuntura, entre outras) e as práticas corporais, bem

---

como, o apoio ao auto cuidado. Neste sentido, a promoção da saúde deve ser considerada como ação estratégica.

O papel dos pontos de atenção ambulatorial especializada (AAE) e atenção hospitalar no cuidado às pessoas com doenças crônicas deve ser complementar e integrado à atenção primária, superando a atuação fragmentada e isolada que ocorre na maioria das localidades hoje. Para isso, é necessário que a oferta de serviços por esses pontos de atenção seja planejada a partir do ordenamento da RAS pela APS. No caso da relação entre os profissionais da atenção primária e os especialistas focais, é fundamental que o cuidado seja coordenado pelos profissionais da atenção primária.

Os pontos de atenção hospitalar, junto às unidades de pronto atendimento (UPA) e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), farão a interlocução entre a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Essa interface é fundamental no intuito de promover a assistência integral aos casos de agudização das doenças crônicas. Nos ambientes hospitalares são realizados também os procedimentos de alta complexidade relacionados à atenção especializada hospitalar e sujeitos à regulação específica.

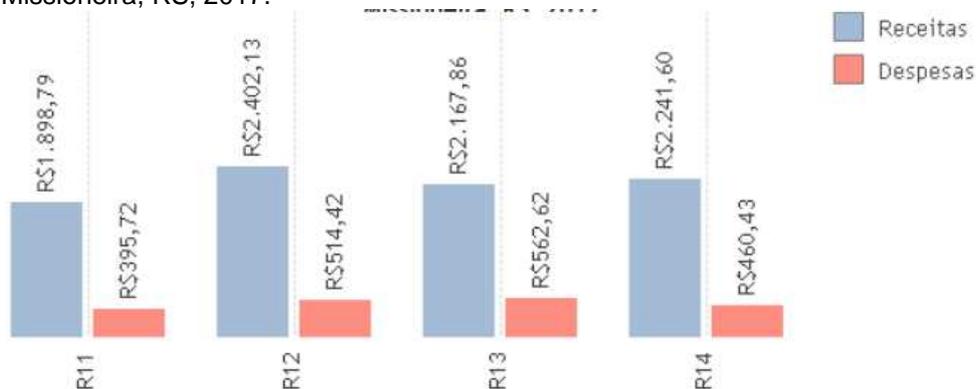
Para subsidiar o trabalho em rede, é fundamental a estruturação de sistema logístico que permita as condições necessárias para articular os pontos de atenção. É essencial garantir o transporte sanitário, permitindo o fluxo adequado dos usuários entre os pontos de atenção, tanto na urgência quanto nas ações programadas.

A atenção para as pessoas com doenças crônicas envolve, necessariamente, a atenção multiprofissional, com organização da sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde da sua população. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta para qualificar o atendimento à pessoa com doença crônica, favorecendo a discussão de um sujeito singular em situação de maior vulnerabilidade e complexidade. O diálogo entre os serviços de atenção especializada e as equipes deve ser garantido e facilitado, com destaque para o matriciamento. O apoio matricial pode ser uma ferramenta para aproximação entre os diferentes pontos de atenção da rede e os profissionais, favorecendo um atendimento mais integral do sujeito.

Ao coordenar o cuidado, pretende-se que a atenção primária seja capaz de garantir o cuidado contínuo ao usuário do Sistema Único de Saúde, fortalecendo vínculos entre a população e os pontos de atenção, o que é fundamental para a atenção à saúde integral da pessoa com doença crônica.

## 6 - FINANCIAMENTO

Figura 49 – Receita de impostos líquida e transferências constitucionais e legais (RLIT) per capita e despesas com recursos próprios municipais em ações e serviços públicos de saúde per capita, Macrorregião Missioneira, RS, 2017.



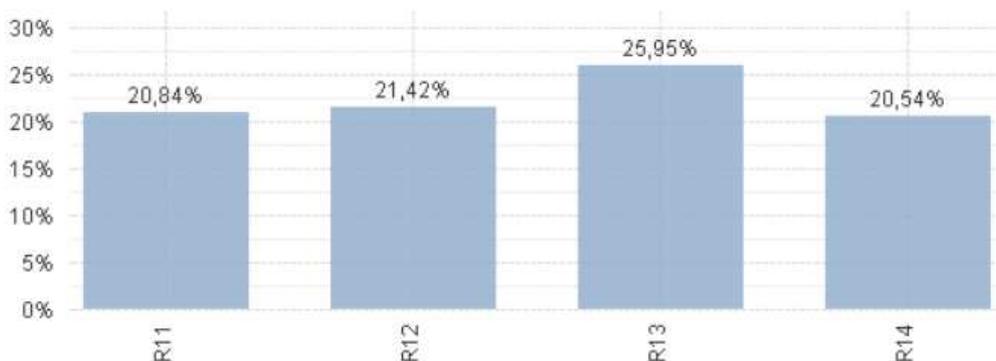
Fonte: SIOPS

A receita de imposto e transferências per capita recebida pela Região 14 vem aumentando gradativamente de 2015 (R\$ 1.939,95) a 2016 (R\$ 2.130,96) com aumento de 9,10%, em 2017 (R\$ 2.241,60) aumentou 9,50%, conforme figura 49 acima. As despesas per capita com recursos próprios do município, tiveram aumento de 8,99% de 2015 (R\$ 368,19) para 2016 (R\$ 409,19) e deste para 2017 (R\$ 460,43) de 8,88%.

A receita recebida em 2017 comparando com as demais regiões de saúde a R14 recebeu 7% à menos que a Região 12, à qual recebeu o maior recurso, e 15,3% a mais que Região 11 que recebeu o menor recurso. O montante de despesas per capita com recursos próprios municipais da Região 14 ficou em terceiro lugar com uma diferença de 18,165 para a região com maior valor aplicado (R13) e 14,06% a mais da região com menor valor per capita (R11).

O artigo 7 do capítulo III, seção I da lei Complementar 141 determina que os municípios devem aplicar no mínimo 15% da arrecadação de impostos em ações e serviços públicos de saúde e com base nesta definição todos os municípios que compõem a Região 14 têm cumprido a EC 29/2000 desde sua institucionalidade. Em comparação com as outras regiões de saúde da Macromissioneira a Região 14, conforme figura 50 abaixo, obteve o menor índice de aplicação de recursos per capita aplicados em saúde apesar de estar cumprindo com a EC 29.

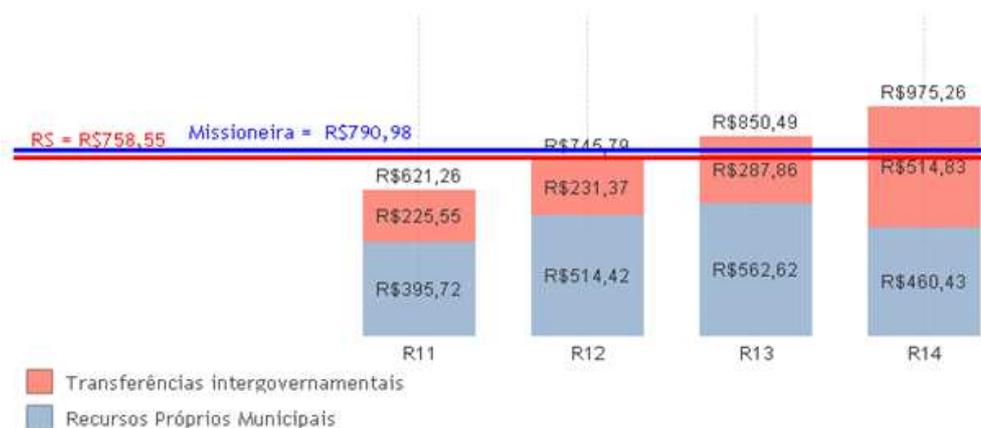
Figura 50 – Percentual da receita própria municipal aplicada em ações e serviços públicos de saúde conforme a EC 29/2000 (mínimo constitucional de aplicação municipal 15%) per capita, Macrorregião de Saúde Missioneira, RS, 2017.



Fonte: SIOPS.

Em relação as despesas totais em Ações e Serviços Públicos de Saúde, figura 51 abaixo, no ano de 2017 pode-se observar que a Região 14 fica em terceiro lugar no que se refere a aplicação de recursos próprios municipais no valor per capita de R\$ 460,43 sendo superado pela R13- Ijuí a qual realizou despesa per capita de R\$563,62 o que representa um percentual de mais de 18% acima da nossa região. Na R12 – Cruz Alta foram R\$514,12, ficando com o menor valor per capita aplicado a R11- Santo Ângelo no valor de R\$-395,72. Nas transferências intergovernamentais que leva em consideração recursos da União e dos Estados repassados a Região 14 possui o maior valor per capita repassado de R\$-514,83, sendo que este recurso refere-se aos repasses para a rede de atenção básica, atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, recursos da gestão e investimentos.

Figura 51 – Despesa total com ações e serviços públicos de saúde per capita (recursos municipais, estaduais e federais), Macrorregião de Saúde Missioneira, RS, 2017.



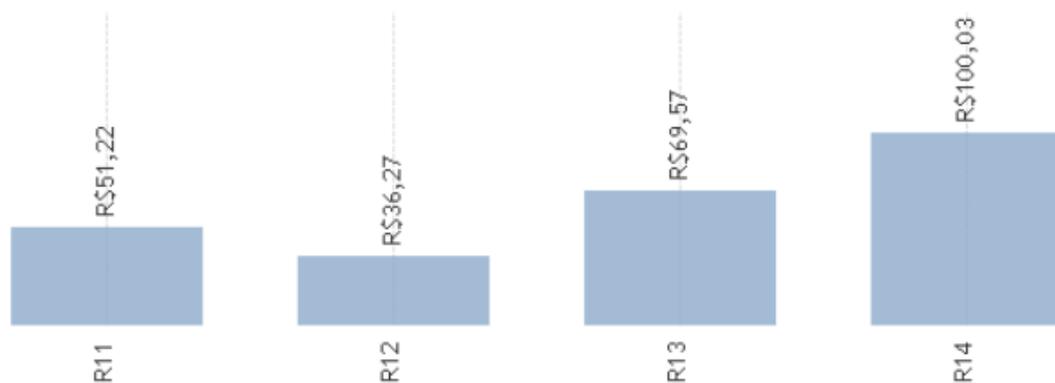
Fonte: SIOPS

No montante de recursos despendidos em ações e serviços públicos de saúde que leva em consideração recursos das três esferas de governo a nossa região também possui o maior valor per capita de despesa efetuado no valor de R\$ 975,26, sendo que na média na Macromissioneira este valor foi de R\$ 790,98 e no Estado de R\$ 758,55.

Em relação ao total de despesa per capita a Região 14 encontra-se dentre as seis regiões do Estado que tiveram despesas per capita acima de R\$- 900,0. No Estado pode-se observar que as regiões com as maiores despesas per capita em 2017 são: R8 – Vale do Caí e Metropolitana R\$-1.061,97; R 29- Vales e Montanha R\$ 1.004,01; em terceiro lugar a Região 14- Fronteira Noroeste R\$-975,26; em quarto lugar R24 – Campos de Cima da Serra R\$ 957,93.

Comparando-se as despesas entre as regiões de saúde da Macromissioneira observa-se que a R13-Ijuí teve despesas entre R\$ 800,00 a R\$ 900,00 estando acima da média do Estado e da Macrorregião Missioneira; a R12-Cruz Alta teve despesas entre R\$ 700,00 a R\$ 800,00; e a R11-Santo Ângelo teve despesas entre R\$ 600,00 a R\$ 700,00, estes dois últimos abaixo da média do Estado e da Macrorregião Missioneira, no ano de 2017.

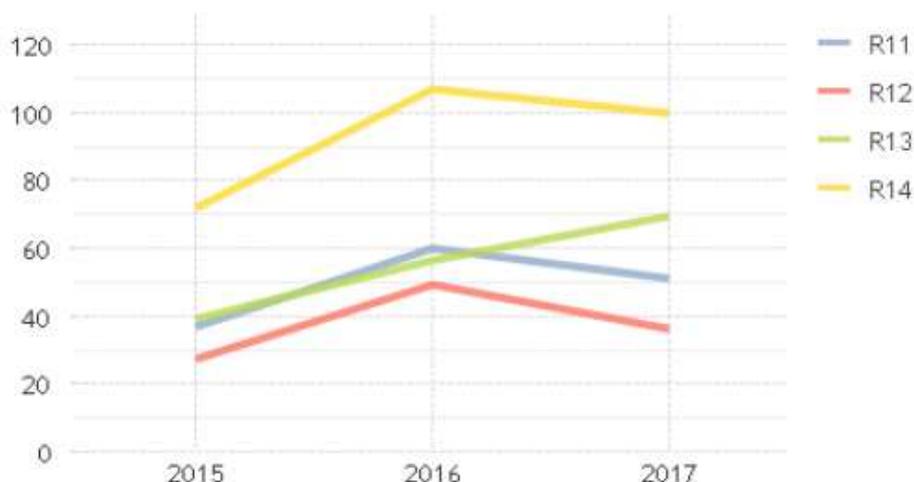
Figura 52 – Transferência de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde per capita, Macrorregião de Saúde Missioneira, RS, 2017.



Fonte: FPE.

Nas transferências dos recursos estaduais per capita para os fundos municipais de saúde observa-se, figura 52, que a Região 14 tem o maior valor per capita transferido dentre as regiões da Macromissioneira perfazendo um valor de R\$-100,03, sendo que este valor é 31% maior do que os recursos per capitas transferidos para a Região 13 que se encontra em segundo lugar e 64% acima da Região 12 com o menor valor per capita repassado.

Figura 53 – Transferência de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde per capita, Macrorregião de Saúde Missioneira, RS, 2015 - 2017.



Fonte: FPE.

Ao analisar o repasse de recursos estaduais, figura 53 acima, durante o período de 2015 a 2017 observa-se que este ascendeu de 2015 à 2016, mas que em 2017 reduziu em relação ao ano anterior, tendo em vista a ausência de repasses regulares efetuados por parte do Estado. Este mesmo comportamento pode ser observado na R11-Santo Ângelo e R12-Cruz Alta. Já na R13- Ijuí, pode-se observar que a curva de tendência se manteve em ascensão constante.

Figura 54 – Transferência de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde por sub-função orçamentária per capita, Macrorregião de Saúde Missioneira, RS, 2017.



Fonte: FPE

---

Na transferência de recursos estaduais realizadas para os fundos municipais de saúde no ano de 2017, figura 54 acima, por sub-função na Região 14 o repasse per capita maior foi efetuado para a área de assistência hospitalar e ambulatorial (R\$61,67). Se comparado à Macrorregião Missioneira os repasses são diferenciados, sendo que, em Ijuí (R\$16,55); R11-Santo Ângelo (R\$15,00) e R12-Cruz Alta (R\$11,18). O elevado valor per capita repassado para a Região 14 deve-se principalmente ao fato de que temos dois municípios que encontram-se sob gestão plena e possuem serviços hospitalares e ambulatoriais cofinanciados com recursos do Estado, sendo eles Giruá e Santa Rosa. O município de Giruá recebeu através do FMS incentivo de cofinanciamento do Portas Abertas. Santa Rosa possui duas unidades de serviço hospitalar: CNES 3017060 que recebeu incentivo do Portas Abertas e Saúde Mental. Enquanto o CNES 2254611 recebeu incentivos: Casa da Gestante, Portas Abertas, Gestante de Alto Risco, UTI adulto e pediátrica.

Ainda para Santa Rosa ocorreu o repasse de recurso para o SAMU unidade avançada, motolância e unidade básica além do incentivo da UPA, recursos de média complexidade do COFRON, recurso do projeto de diagnóstico em doenças respiratórias crônicas e incentivo do CAPS. Ainda neste bloco houve repasse de recursos de incentivo aos hospitais HPP dos municípios de Doutor Maurício Cardoso e Alegria além dos recurso de média complexidade, tendo em vista a municipalização destes. Na região temos também vários municípios que recebem incentivos para produção de próteses dentárias (LRPD). Alguns municípios habilitados também recebem incentivo para as Unidades móveis SAMU.

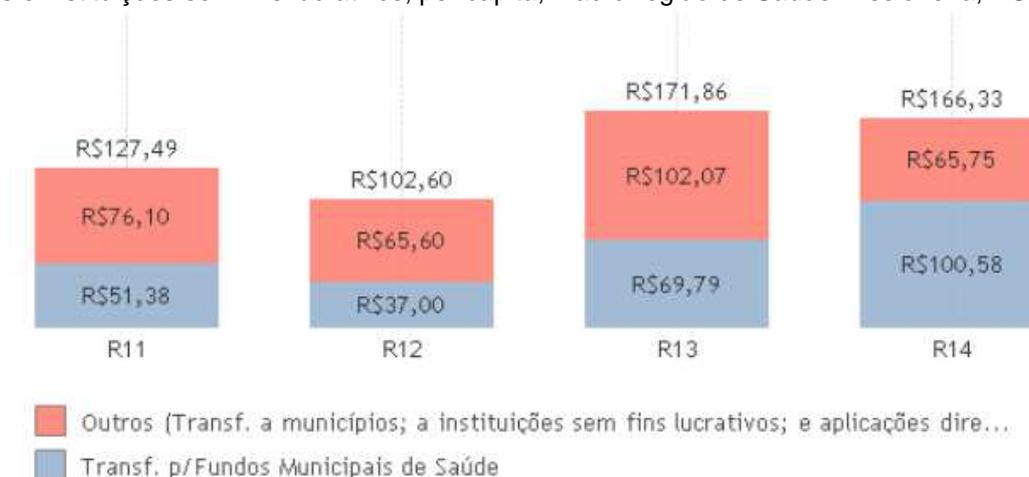
A segunda subfunção no repasse de recursos efetuados é o da Atenção Básica no valor per capita de R\$-30,59 na Região 14 sendo que incentivos efetuados referem-se: estratégias de saúde família; agentes comunitários; combate ao racismo; qualificação da Atenção Básica (PIES), Oficinas Terapêuticas; PIM (Primeira Infância Melhor); Controle da Tuberculose; Núcleo de Apoio a Atenção Básica – NAAB; incentivo segundo enfermeiro no ESF; saúde prisional. Se comprado as demais regiões da Macromissioneira a Região 14 ficou em terceiro lugar no valor per capita para este bloco (atenção básica), estando atrás da R13 –Ijuí com um repasse per capita de R\$ 43,85 e da R11- Santo Ângelo R\$ 30,89, ficando o menor repasse per capita para a R12-Cruz Alta no valor de R\$ 19,56.

Na sub-função do suporte profilático e terapêutico a Região 14 encontra-se mais uma vez em primeiro lugar com o repasse de um valor per capita de R\$-6,41 sendo que nas demais regiões o valor médio varia de R\$ 5,84 para R\$ 5,32. Neste bloco temos os

repasses de recursos para farmácia básica e insumos para controle de diabetes e insumos e para aquisição de fraldas aos pacientes cadastrados junto ao GUD nos municípios. Para Santa Rosa também ocorre o repasse para incentivo do componente da farmácia básica do sistema prisional.

Na sub-função prot/benef trabalhador apenas duas regiões da Macromissioneira possuem recursos que são a R13-Ijuí valor per capita de R\$-3,32 e a Região 14 com valor de R\$-1,36 durante o ano de 2017, sendo que estes repasses referem-se aos incentivos de implantação dos serviços de CEREST regionais.

Figura 55 – Total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, per capita, Macrorregião de Saúde Misioneira, RS, 2017.



Fonte: FPE.

Na Região 14, conforme figura 55 acima, 60% do total de recursos pagos pelo Estado (R\$ 166,33) foram para os fundos municipais de saúde. Se comparado as outras regiões de saúde da Macromissioneira podemos observa-se que na Região 14 este percentual foi o maior dentre as quatro. Em relação ao total de recursos de pagamentos realizados esta região ficou em segundo lugar tendo em vista que na R13 – Ijuí o repasse per capita foi de R\$ 171,86, chamando a atenção que nesta também o percentual de recursos transferidos a municípios, instituições sem fins lucrativos e aplicações foi maior que para os fundos municipais de saúde.

Em relação aos pagamentos efetuados pelo Estado durante o período de 2015 a 2017, figura 56 abaixo, para a macrorregião de saúde Misioneira observa-se que a Região 14 vinha em ascensão superior às demais, mas que em 2017 foi ultrapassada pela R13- Ijuí, pois teve uma leve queda nos repasses, enquanto esta continuou em

ascensão. Na R12 observa-se um decréscimo de recursos utilizados para pagamento durante o período avaliado do ano de 2016 a 2017 possivelmente ocasionada pela falta de repasse de recursos do Estado aos municípios e prestadores.

Figura 56 – Total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, per capita, Macrorregião de Saúde Missioneira, RS, 2015-2017.



Fonte: FPE.

## 7 - POLÍTICA DE PROMOÇÃO DE EQUIDADE EM SAÚDE

### 7.1 - SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT

Na Região 14 encontram-se dificuldades para incluir esta política nos instrumentos de gestão. Há pouco tempo foi construído um projeto de *educação permanente* que utiliza o grupo condutor em saúde mental (*transversalidade*) para discutir questões relacionadas a população LGBT. O projeto consiste em encontros de educação continuada com o grupo condutor em saúde mental da 14ª CRS. A intenção é utilizar esse encontro que já ocorre regularmente na região para que se possa disseminar informações sobre saúde e desconstruir preconceitos direcionados a população LGBT dentro da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. O grupo condutor de saúde mental constitui-se de um representante de cada município desta Região 14 que participa de reuniões dos mais diversos assuntos relacionados a saúde mental e faz a função de interlocutor destas informações posteriormente no município. Entende-se que seria interessante começar a proposta a

---

partir de um grupo já constituído e ligado a uma política muito ativa e que é demanda constante nos municípios, ou seja, a política de saúde mental. Além disso, este trabalho é contínuo e, diferente de uma palestra, faz parte de um cotidiano de aprendizado, desconstrução de preconceitos e de trocas permanentes dentro da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

A área de atuação são os 22 municípios que fazem parte da Região 14. Tem como objetivos, informar e sensibilizar continuamente a partir de casos, materiais informativos e também com a participação de alguns outros profissionais da CRS que poderiam falar da saúde do homem e saúde da mulher. Espera-se desconstruir preconceitos e aprendizado técnico, os quais possam ser continuamente disseminados nos municípios. Quanto ao processo transsexualizador para travestis e transexuais o encaminhamento é feito via Gercon para o do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Deste que a atual coordenadora assumiu a política não houve nenhum encaminhamento.

## 7.2 - SAÚDE PRISIONAL

Na Região 14 de Saúde existem duas equipes de saúde prisional (EABp). Uma do tipo I, localizada no município de Santo Cristo e outra do tipo II, localizada no município de Santa Rosa. Em ambas, o atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional. Nas duas EABp é ofertado e realizado testes rápidos para o diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites, bem como o tratamento oportuno. Além disso, é realizado também o teste tuberculínico, assim como o tratamento nos casos de diagnóstico positivo.

## 7.3 - SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

A população autodeclarada negra (pretos e pardos) do Rio Grande do Sul totaliza 1.725.166 pessoas, segundo o censo demográfico de 2010 realizado pelo IBGE, o que representa 16,13% dos habitantes do Estado, já na Região 14 esse percentual é de 14%. Esta região encontra-se em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com implantação de uma Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFQ), localizada no município de Giruá-RS. Além disso em 2014 houve a implementação da Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, esta foi aderida apenas pelo município de Santa

---

Rosa. Os municípios de Alecrim, Alegria, Boa Vista do Buricá, Giruá, Independência, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São Paulo das Missões, Tuparendi, no ano de 2014 aderiram ao Programa Estadual de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica, instituído pela Resolução CIB-RS 636/2013. As ações planejadas foram desempenhadas parcialmente, havendo municípios que aguardam orientações para devolução dos recursos financeiros recebidos e ou aplicação.

#### 7.4 – POLÍTICAS DE SAÚDE NÃO IMPLANTADAS NA REGIÃO 14

- Saúde da População do Campo, Floresta e Águas
- Saúde dos Povos Indígenas
- Saúde da População em situação de Rua
- Saúde da População Imigrante

### 8 - OUVIDORIA

A Ouvidoria do SUS constitui-se num espaço democrático onde o cidadão pode solicitar informações sobre as ações e serviços de saúde ou registrar suas sugestões, elogios, solicitações, reclamações ou denúncias. Cabe a Ouvidoria gerenciar o recebimento e registro das demandas, relativas aos serviços prestados, encaminhando-os aos responsáveis e zelando pelo sigilo e eficiência das manifestações e respostas. Diante da necessidade apresentada pelo cidadão, a Ouvidoria orienta, encaminha, acompanha a demanda e responde ao cidadão sobre as providências adotadas.

A Ouvidoria trabalha na organização das manifestações e dos dados em relatórios gerenciais, contribuindo para a avaliação dos serviços e ações de saúde. Também dissemina informações, contribuindo para apurar as necessidades e a satisfação do usuário do Sistema Único de Saúde. As necessidades apontadas pela população nas manifestações resultam em um processo de reflexão sobre a qualidade, o acesso e a forma de que as ações e serviços de saúde são interpretadas na ótica dos usuários, assim os movimentos de gestão do sistema público de saúde poderá ir ao encontro das demandas expressadas.

A Região 14 desde o ano de 2014 passa por aperfeiçoamentos e expansão onde hoje há um ouvidor regional (nível I) lotado na sede da CRS, que apoia tecnicamente as demais sub-redes externas, que ouvidorias de saúde a nível municipal entre os 22

municípios da delimitação da regional. A sub-rede externa é formada por 22 interlocutores nas secretarias municipais de saúde, 13 interlocutores nos estabelecimentos hospitalares e 1 interlocutor na 14ª CRS, totalizando 36 pontos de respostas ativas em ouvidoria do SUS a nível regional.

Os canais de acesso da população a ouvidoria do SUS ocorrem de diferentes formas, onde há disponível site (formulário digital), telefones, e-mails ou de maneira pessoal onde encontram-se os ouvidores. Em todas as demandas acolhidas há sempre a garantia da preservação das informações e o empenho do retorno das demandas expostas por parte dos serviços/setores acionados.

Entre os anos de 2015 e 2018 foram registradas 284 manifestações, sendo a taxa de resposta atual de 96,83%. Quanto ao detalhamento do município do usuário, 40,14% (114) são de Santa Rosa; 14,78% (42) de Três de Maio, 6,33% (18) de Tuparendi, 4,92% (14) de Horizontina, 4,57% (13) de Santo Cristo, 3,57% (10) de Cândido Godói e Giruá, 3,16% (9) de Porto Lucena, 2,81% (8) de Tuparendi; e 16,55% (47) demais municípios.

Tabela 16: Manifestações de Ouvidoria entre 2015 e 2018

Total de Manifestações	Manifestações Pendentes	Manifestações c/ prazo de resposta vencido	Manifestações respondidas	Tempo médio de resposta em dias	Taxa de resposta no período
284	9	9	275	76,49	96,83%

Fonte: Sistema Ouvidor/SUS.

Os principais assuntos presentes nas demandas recebidas no período foram os seguintes: Em Gestão: destacam-se as reclamações e denúncias relacionadas a recursos humanos (insatisfação, satisfação), estabelecimentos de saúde (dificuldade de acesso), e as demais estão divididas em elogios, sugestões, solicitações e pedidos informações; Assistência à Saúde: destacam-se as solicitações relacionadas à consulta/atendimento, cirurgias e exames; Vigilância Sanitária: destacam-se as denúncias relacionadas a animais em ambiente inadequado, matadouro clandestino, serviço de interesse a saúde, alimento/bebidas produtos vencidos; Estratégia de Saúde da Família ESF/PACS: destacam-se as denúncias relacionadas a recursos humanos, insatisfação; Vigilância em Saúde: destacam-se as reclamações e denúncias relacionada a criadouro em potencial; Financeiro: destacam-se as denúncias de indícios de cobrança indevida e repasse de verbas; Assistência Farmacêutica e Orientações em Saúde: destacam-se as solicitações

e pedidos de informações; Nos demais assuntos destacam-se: SAMU, Assistência Odontológica, Ouvidoria/SUS, Programa Farmácia Popular, Transporte, Alimento, Cartão SUS, Produtos para Saúde/Correlatos, Programa Nacional Controle ao Tabagismo;

No levantamento de informações constantes nos Planos Municipais de Saúde, pode-se avaliar que os assuntos trazidos para Ouvidoria apresentam-se em consonância, onde foi abordado: Demanda reprimida nas especialidades de traumatologia, otorrinolaringologia e neurologia; Fila de espera para exames especializados de Tomografia e Ressonância Magnética e a Judicialização de medicamentos. Quanto à vigilância em saúde as manifestações estão de acordo, tem-se registro de casos confirmados de dengue autóctone desde 2010. Alguns Planos Municipais de Saúde (2018-2021) fazem referência a Implantação de Ouvidorias do SUS, além de Fortalecimento das Ouvidorias municipais e desenvolvimento de ações na área da ouvidoria que promova ações de Educação Permanente em Saúde

Tabela 17: Representação das manifestações da Ouvidoria distribuídas por Classificação X Assunto.

ASSUNTO	DENÚNCIA	RECLAMAÇÃO	SOLICITAÇÃO	INFORMAÇÃO	ELOGIO	SUGESTÃO	Total Geral	%
GESTÃO	17	55	9	1	12	5	99	34,86%
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	0	1	40	6	0	0	47	16,55%
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	45	2	0	0	0	0	47	16,55%
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ESF/PACS	12	3	0	1	0	1	17	5,99%
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	7	6	1	1	0	0	15	5,28%
FINANCEIRO	11	0	0	2	0	1	14	4,93%
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	0	2	9	1	0	0	12	4,23%
ORIENTAÇÕES EM SAÚDE	0	0	0	10	0	0	10	3,52%
SAMU	2	2	0	0	0	1	5	1,76%
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	1	1	0	0	0	0	2	0,70%
OUIDORIA DO SUS	0	0	1	0	1	0	2	0,70%
PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL - SISTEMA CO-PAGAMENTO	1	1	0	0	0	0	2	0,70%
TRANSPORTE	1	0	1	0	0	0	2	0,70%
ALIMENTO	0	0	0	1	0	0	1	0,35%
CARTÃO SUS	0	0	0	1	0	0	1	0,35%
PRODUTOS PARA SAÚDE/CORRELATOS	0	0	0	1	0	0	1	0,35%
PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	1	0	0	0	0	0	1	0,35%
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO - PNCT	0	0	0	1	0	0	1	0,35%
OUTROS ASSUNTOS	5						5	1,76%
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>5</b>	<b>98</b>	<b>73</b>	<b>61</b>	<b>26</b>	<b>13</b>	<b>284</b>	<b>100,0%</b>
	<b>% 1,76%</b>	<b>34,51%</b>	<b>25,70%</b>	<b>21,48%</b>	<b>9,15%</b>	<b>4,58%</b>	<b>2,82%</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Sistema Ouvidor/SUS.

---

## **9 – EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NURESC**

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004, tem como estratégia a formação e o desenvolvimento de ações educativas para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde. No RS, o Plano Estadual de Educação Permanente foi aprovado através da Resolução nº 020/19 – CIB/RS, em 24 de janeiro de 2019. Na Região 14 tem-se a atuação do NURESC – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva que coordena a Educação Permanente. Esta ocorre através de qualificações tendo como base a Política de Saúde e toda a sua abrangência. A Educação Permanente em Saúde tem o objetivo de promover a discussão sobre os processos de trabalho do profissional, para que este tenha condições de aprimorar seu fazer diário no atendimento à população do SUS. Visa qualificar a rede de atendimento, através de cursos, seminários, etc.

## II IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES REGIONAIS

NECESSIDADE REGIONAL DE SAÚDE IDENTIFICADA NA ANÁLISE SITUACIONAL	JUSTIFICATIVA/ EMBASAMENTO	NECESSIDADE REGIONAL DE AÇÃO OU SERVIÇO DE SAÚDE
<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA</b>		
Ampliação do Núcleo Ampliado à Saúde da Família – NASF - AB	Seis dos vinte e dois municípios não possuem equipes de NASF – AB em seus territórios	Implantar Equipes NASF - AB
Ampliação de cobertura de Equipes de Saúde da Família – ESF	A cobertura de ESF na região é de 92,51%, três dos vinte e dois municípios não tem cobertura de 100% de ESF	Implantar Equipes ESF
Ampliação de cobertura de Equipes de Saúde Bucal - ESB	A cobertura de Saúde Bucal na região é de 82,07%, valor condizente com a meta pactuada para o ano de 2019. No entanto, 4 municípios possuem essa cobertura abaixo de 60% e necessitam implementar novas equipes de Saúde Bucal.	Implantar Equipes ESB
Ampliação ESB – construir uma rede de Atenção Secundária em Saúde Bucal	Região não possui referência para atendimento das especialidades odontológicas e pacientes PNE	Implantar Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e Referências hospitalares para atendimento odontológico
Melhoria no processo de trabalho nas equipes de atenção básica, ESF, ESB, NASF AB, CAPS, NAAB e Oficina Terapêutica, com foco em ações de prevenção e promoção de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O matriciamento ocorre de forma reduzida;</li> <li>- Matriciamento nas Equipes de NASF AB fragmentado e não está de acordo com normas desta estratégia de atenção;</li> <li>- É necessário fomentar a participação das famílias nos tratamentos;</li> <li>- Após a alta da internação hospitalar e ou comunidade terapêutica nem sempre o paciente volta a ser atendido por serviços do município;</li> <li>- Baixa notificação e análise das tentativas de suicídio e falta de acompanhamento dos sujeitos que tentaram suicídio e de seus familiares;</li> <li>- Fragilidade da rede;</li> <li>- Os planos de ação nem sempre são pensados em rede e de acordo com as demandas específicas de cada município;</li> <li>- Os Auxiliares em Saúde Bucal precisam compor a ESB não somente no CNES. A presença desses profissionais, durante os atendimentos clínicos,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliar as ações de matriciamento (CAPS, NAAB e NASF AB para a Atenção Básica);</li> <li>- Atuar em conjunto com as famílias nas diferentes intervenções: hospitalar, grupal, individual ou outras;</li> <li>- Após a alta da internação hospitalar ou em comunidade terapêutica, a pessoa seja diretamente conduzida a um trabalho preventivo no município;</li> <li>- Estimular a notificação de tentativas de suicídio e o acompanhamento deste sujeito e sua família na rede de cuidados em Saúde Mental;</li> <li>- Que a equipe de trabalho do município faça o acompanhamento, análise e avaliação dos dados de tentativas de suicídio e suas causas;</li> <li>- A construção e/ou fortalecimento de uma rede de atenção e de cuidado em cada município que possa prevenir o adoecimento mental, as tentativas de suicídio e o suicídio propriamente dito, promovendo ações de educação relacionadas ao assunto que passam ocorrer a partir de cada unidade básica de</li> </ul>

	<p>viabiliza maior resolutividade do tratamento, e, durante as atividades de educação coletiva, permite ampliar a população-alvo da ação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de comunicação intersetorial;</li> <li>- Amparo técnico reduzido para situações complexas de saúde mental no dia-a-dia</li> </ul>	<p>saúde e/ou comunidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que, com autonomia própria, cada município e sua equipe construam formas e ações de prevenção relacionadas à saúde mental e conseqüentemente ao suicídio. Sendo que cada município deve construir estas ações, dentro de sua realidade e de acordo com as demandas que recebe e com os dispositivos que possui;</li> <li>- Que todos os profissionais da rede estejam comprometidos com as referidas questões, a fim de começarmos juntos a pensar as ações dentro de cada realidade.</li> <li>- O município precisa entender a importância da Auxiliar em Saúde Bucal, possibilitando que essa classe profissional exerça as atribuições que lhe são inerentes segundo a PNAB;</li> <li>- Implantação de um tele saúde mental</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliação exame citopatológico</li> <li>- ampliação mamografia</li> <li>- educação <b>continuada</b> Saúde mental de acordo com cada realidade (necessidades locais) priorizando o PTS</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ampliar e propor financiamento das práticas integrativas e complementares</li> </ul>
<b>HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS</b>		
Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos.	Pela alta prevalência das DCNT, suas morbimortalidades, fatores de risco e sequelas incapacitantes se torna emergente a organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas na 14ª Região de Saúde.	Atualizar o estudo de carga de doenças (incidência, prevalência, morbi-mortalidade e fatores de risco e proteção para DCNT).
Fortalecer os sistemas de informação em saúde e produzir análise de situação de saúde de DCNT, fatores de risco.	Adoção do Planejamento estratégico, com análise dos recursos necessários sejam eles econômicos administrativos ou políticos, a partir da qual deve-se intervir para se alcançar os resultados esperados.	Desenvolver uma sistemática de monitoramento e um sistema de acompanhamento de resultados, que instrumentalizam as áreas técnicas no decorrer do alcance de suas metas; Consolidar um sistema de monitoramento e vigilância de iniquidades em saúde e DCNT.
Fortalecer a vigilância de DCNT no Estado e	Aprimorar o sistema de pactuação de indicadores	Educação Permanente em Saúde em Vigilância de

nos Municípios da região.	de monitoramento das ações do Plano nas esferas municipal e estadual.	DCNT e Promoção da Saúde para SES e SMS; Fortalecer SES e SMS para as ações de vigilância, promoção e prevenção de DCNT, incluindo a vigilância ambiental e o acompanhamento de populações expostas a contaminantes; Estimular a introdução de temas relativos à vigilância de DANT e promoção da saúde nos planos municipais e estaduais de saúde.
Monitorar e avaliar as intervenções em DCNT e seus custos.	Realizar análise dos recursos necessários às ações de promoção, prevenção e reabilitação, visando à saúde e qualidade de vida da população.	Realizar e apoiar estudos da avaliação de efetividade, de intervenções, de promoção da saúde e de prevenção de DCNT; Apoiar e estimular estudos de mapeamento de exposição a riscos ocupacionais e ambientais relacionados a doenças crônicas;
Monitorar a equidade social relativa aos fatores de risco, prevalência, mortalidade e excesso ao cuidado integral das DCNT.	A existência de correlação dos indicadores de vigilância, promoção e cuidado e as iniquidades entre as regiões do país (e desigualdades intraestaduais e intraurbanas); As disparidades socioeconômicas (escolaridade, ocupação), de raça/ etnia (população negra, indígena e populações em condições especiais-quilombolas) e de gênero.	Desenvolver instrumentos e educação permanente em saúde, para fortalecer a capacidade técnica do monitoramento das iniquidades em DCNT nos diversos níveis.
Abordar as condições sociais e econômicas no enfrentamento dos fatores determinantes das DCNT e proporcionar à população alternativas para adoção de comportamentos saudáveis ao longo da vida.	Destaca-se a importância das ações intersetoriais, com controle social, do componente de promoção à saúde voltada para alimentação saudável, práticas corporais / atividade física, prevenção de álcool, drogas e tabaco.	Garantir o compromisso dos diferentes entes federados relacionados às ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT.
Criar estratégia de comunicação com o tema de promoção da saúde, prevenção de DCNT e seus fatores de risco e promoção de modos de vida saudáveis.	A Educação Permanente em Saúde contribuiu para a integração dos indivíduos (usuários, profissionais, comunidade, controle social, instituições formadoras e outros) fortalecendo o comprometimento Profissional e pessoal com a promoção da saúde, prevenção de DCNT e seus fatores de risco e promoção de modos de vida saudáveis.	Planejar de forma intersetorial campanhas educativas e educação permanente de promoção e de prevenção de DCNT na 14ª Região de Saúde e monitorar sua efetividade.
Implantar ações de promoção de atividade física/esporte/práticas corporais e modos de	A promoção da saúde, cujos pilares e estratégias retomam, incorporam e refletem os grandes	Realizar campanha de comunicação e educação para a promoção de saúde via práticas corporais/atividade

vida saudáveis para a população	dilemas da esfera social, que tem originado, no campo da saúde, novas agendas como o estímulo à autonomia dos indivíduos, o reforço da ação comunitária, a desafiante superação da especialização e fragmentação das políticas públicas e da atenção à saúde, bem como a pactuação de propostas de gestões intersetoriais, a construção de ambientes saudáveis e a formulação de políticas comprometidas com a qualidade de vida.	física;  Financiar a implantação e adequação de áreas físicas para o Programa Academia da Saúde, com educador físico.
Ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável.	A Alimentação é um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde. O direito humano à alimentação adequada e saudável integra o Artigo 6º da Constituição Federal (Direitos Sociais). Art.6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.	Implementar os Guias Alimentares para fomentar escolhas saudáveis relacionadas à alimentação, em todos os ciclos da vida; Intersectorialidade com outras políticas (educação, assistência social, cultura, meio ambiente...) Garantir fornecimento de alimentos saudáveis para o Programa Nacional de Alimentação Escolar e de Saúde; Articular ações de educação permanente em saúde dos profissionais de saúde, em especial na Atenção Primária em Saúde, com foco na promoção da alimentação saudável; Fortalecer os Conselhos, Fóruns e Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional; Promover ações de educação alimentar e nutricional e do ambiente alimentar saudável das escolas, no contexto do Programa Saúde na Escola; Elaborar e implementar programas de educação alimentar e de nutrição junto aos diferentes setores da sociedade; Fortalecer a promoção da alimentação saudável na infância, por meio da expansão das redes de promoção da alimentação saudável voltadas às crianças menores de dois anos (Rede Amamenta e Alimenta Brasil); Estimular a produção e consumo de alimentos orgânicos/agroecológicos.
Avançar nas ações de implementação da	Tabagismo como fator de risco das DCNT.	Ampliar as ações de prevenção e de cessação do

Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.		tabagismo em toda população, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas, quilombolas).
Articular ações para prevenção e para o controle do sobrepeso e da obesidade.	Sobrepeso e Obesidade representam fatores de risco para as DCNT.	Aprimoramento da Linha do Cuidado Integral do Sobrepeso e Obesidade, visando sua inserção na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.
Fortalecer ações de promoção à saúde e prevenção do uso prejudicial do álcool.	Álcool como fator de risco das DCNT.	Apoiar a intensificação de ações fiscalizatórias em relação à venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos e na direção motorizada; Apoiar iniciativas locais de redução de danos provocados pelo consumo de álcool; Ampliar o acesso, qualificar e diversificar o tratamento a usuários e dependentes de álcool e a seus familiares, com ênfase nas populações vulneráveis como adolescente, adultos jovens, baixa escolaridade, baixa renda, indígenas e quilombolas.
Fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde visando o cuidado integrado para a prevenção e o controle das DCNT.	Torna-se necessário a garantia do acolhimento, a ampliação do acesso e a integralidade da atenção ao paciente com DCNT.	Definir Linha de Cuidado do portador de DCNT com projeto terapêutico adequado, vinculação ao cuidador e à equipe de saúde, garantindo a integralidade e a continuidade do acompanhamento.
Fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços visando qualificar os fluxos e as respostas aos portadores de DCNT, com recursos adequados para as ações, incluindo medicamentos e insumos necessários aos portadores de HAS e DM.	O trabalho em rede pressupõe o envolvimento dos gestores, das equipes de Atenção Primária à Saúde e todos os que de alguma forma estão implicados com o cuidado em saúde. Atualmente os recursos disponibilizados aos municípios são insuficientes para atender a demanda existente.	O modelo proposto para intervenção incorpora a ideia da Integralidade na Assistência à Saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação, proporcionando o acesso do usuário a todos os recursos tecnológicos de que necessita. Criar um Centro Regional de aquisição de medicamentos e insumos.
Ampliar os tipos de medicamentos fornecidos através do programa da farmácia popular, e fornecer os insumos através do programa (agulha, seringa, aparelho e fita para realização do HGT).	Há muitos medicamentos que não são contemplados pelo programa da farmácia popular.	Fortalecer o programa da farmácia popular na região.
Falta de referência na área de endocrinologia e cardiologia e aumentar a oferta de vagas em oftalmologia.	Esses usuários necessitam destas especialidades para realizar o tratamento.	Buscar referências na regional para endócrino e cardio; Ofertar vagas exclusivas de oftalmo para pacientes diabéticos.

Capacitações para médicos e enfermeiros no cuidado com o pé-diabético	Considerando o quantitativo de pacientes em acompanhamento e ou encaminhado para reabilitação física devido a complicações do diabetes na região.	Implementar ações contínuas de qualificação a prevenção das complicações relacionadas ao diabetes mellitus em especial a cuidados voltados ao pé-diabético, em especial a médicos e enfermeiros.
<b>IDOSO</b>		
Garantir atenção integral à saúde da pessoa idosa com estímulo ao envelhecimento ativo.	Aumento expressivo da população idosa com crescentes demandas que requerem organização e planejamento do cuidado; Maior vulnerabilidade desse grupo populacional;	Determinar um profissional de referência para coordenar saúde do idoso no município; Instituir a linha de cuidado; Desenvolver programas de atividade física, alimentação saudável, prevenção à AIDS, às quedas e à violência; Implementar instrumentos como a Caderneta de Saúde do Idoso e do teste para diagnóstico de fragilidade (VES) a fim de estratificar a população; Utilização do Caderno de AB- Envelhecimento e Saúde da pessoa Idosa nº 19; Qualificar as equipes quanto a esta temática.
Articulação com outros setores, como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para ofertar novas formas de cuidado.	Aumento da longevidade e mudanças nos arranjos familiares provocando falta de condições para o cuidado intrafamiliar. Grande nº de demandas desta população: saúde, assistência social, jurídica, lazer, esporte, cultura...	Criar espaços que ofereçam cuidados diversificados como: Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs); Centros-dia; Centros de convivência; Centro de Referência em Saúde do Idoso, com financiamento Estadual e Federal Ampliação do programa melhor em casa
<b>MATERNO INFANTIL</b>		
Após a aprovação do Plano Regional da Rede Cegonha em 05/02/2019 pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/MS, torna-se necessário sua implementação em todos os seus componentes bem como a garantia de seu pleno financiamento;	Garantir a implementar do Plano Regional da Rede Cegonha aprovado pelo MS em 05/02/2019.	Efetiva implantação da Rede Cegonha na Região 14.
14 leitos obstétricos de risco habitual e ampliação de seis (6) leitos/referência para atendimento da Gestação de Alto Risco.	Conforme previsto no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha aprovado.	Efetiva implantação da Rede Cegonha na Região 14.
Qualificação de dois leitos de UTI Adulto Tipo II de referência para a Rede Cegonha junto ao Hospital Vida e Saúde de Santa	Prestar cuidados intensivos durante a gestação, partos e puerpério, com redução da mortalidade materna.	Efetiva implantação da Rede Cegonha na Região 14.

Rosa.	Conforme previsto no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha aprovado.	
Qualificação de cinco (5) leitos de UTI Neonatal Tipo II para o Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa	Atender a demanda Regional quanto aos cuidados intensivos ao RN no período neonatal com redução do óbito neonatal. Conforme previsto no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha aprovado.	Efetiva implantação da Rede Cegonha na Região 14.
De cinco (5) leitos de Unidade de Cuidado Intermediário (UCINco), e dois (2) leitos na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINca), junto ao Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa	Conforme Plano de Ação Regional da Rede Cegonha aprovado. Conforme previsto no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha aprovado.	Efetiva implantação da Rede Cegonha na Região 14.
Implantação de um Centro de Parto Normal na 14ª Região de Saúde	Conforme parâmetro populacional: 1 CPN para 100.000 a 350.000 habitantes. Conforme previsto no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha aprovado.	Efetiva implantação da Rede Cegonha na Região 14.
- A alteração do modelo de atenção à saúde fragmentado, para redes de atenção à saúde, que garanta acesso, acolhimento e resolutividade;	Fragmentações na assistência a gestante, acarretando em prejuízo na qualidade relativa ao pré-natal, parto e puerpério a atenção integral a criança.	Fomentar mudanças nos modelos de atenção a saúde, estimulando articulações e comunicação da RAS.
- Educação permanente em saúde para qualificar o pré-natal, parto e puerpério e a atenção à saúde das crianças de 06 anos, em todos os pontos da rede de atenção à saúde;	Manutenção de ações de educação em saúde voltada a qualificação da rede de assistência.	Qualificação permanente e continuada da rede de atenção materno-infantil;
- Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal;	Utilização de instrumentos que qualificam a assistência à gestante e a criança	- Implementação do Guia de Pré-natal na Atenção Básica pelas UBSs, protocolos e legislações vigentes - Utilização do Traje Anti-Choque Não Pneumático (TAN);
- Garantir no SUS, ultrassonografias morfológicas;	Detectar alterações nas diversas estruturas do feto;	Pleno acesso a diagnóstico por imagem
Garantir no SUS, ultrassonografia obstétrica com doppler.	Detectar alteração funcional da placenta, velocidade do fluxo sanguíneo para o feto e presença de acretismo placentário;	Pleno acesso a diagnóstico por imagem
<b>NURESC</b>		
Qualificação da RAS	A Política de Saúde modifica e aperfeiçoa seus processos de trabalho a todo o momento. Novas	Ações de qualificação cursos capacitações, seminários, fóruns

	legislações e normativas surgem para qualificar o trabalho nas redes de atenção. A planificação faz com que muitas dúvidas e dificuldades apareceram. Desta forma, torna-se imprescindível realizar qualificações dos profissionais da rede nos mais diversos setores.	
Fortalecimento do Controle social e Conselhos municipais de Saúde	O Conselho de Saúde é um dos principais órgãos de controle social e para tanto seus membros necessitam estar qualificados para poder atuar junto à gestão.	Ações de qualificação (cursos, capacitações, seminários, fóruns)
Implantação de Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletivo – NUMESC em todos os municípios da Região 14.	Núcleos municipais de educação em saúde coletiva já implantados e com dificuldades de operacionalizar ações e municípios com NUMESC não implantados.	Ações de qualificação e fortalecimento aos NUMESC já implantados e implantação de NUMESC nos municípios que não possuem.
Fortalecer as trocas locais de experiências específicas, através de rede colaborativa entre os municípios: a) emergência em saúde mental; b) urgências na atenção básica; c) pré-natal na atenção básica; d) boas práticas de higienização e ambiência nas UBS; e) saúde bucal; f) humanização; g) PICs; h) educação permanente; i) assistência farmacêutica/vigilância sanitária	Identificamos que os municípios, através de suas equipes de saúde, realizam práticas diferenciadas para atuarem na comunidade. Entendemos ser importante compartilhar experiências exitosas, que possibilitam bons resultados.	Mostras, fóruns, seminários.
<b>REDE DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA</b>		
Ampliar o primeiro acesso para Reabilitação visual e auditiva	Extensa fila de espera; Crescente aumento da população idosa;	Aumentar o número de vagas
Correção dos valores da tabela SUS: procedimentos e OPMs	Defasagem de valor entre o que os serviços pagam pelo dispositivo e o que recebem; Risco de inviabilizar esta dispensação;	Apontar como prioridade nas conferências e conselhos de saúde; sensibilizar gestores;
Falta recurso para fornecimento de OPM auditiva no CER /Santa Rosa	O Ministério da Saúde ao habilitar o CER de Santa Rosa não aportou recursos ao teto MAC do município referente às OPMs	Viabilizar recurso junto ao Ministério da Saúde
Insuficiente número de profissionais na Atenção Básica da área de reabilitação, especialmente fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.	Grande demanda na área da reabilitação em todos os níveis de atenção.	Desenvolver ações de prevenção das deficiências, detecção precoce e acompanhamentos do processo de reabilitação e continuidade do cuidado após alta;
Garantir a composição da equipe mínima nos serviços especializados	Melhorar a qualidade do serviço e evitar filas internas	Facilitar o primeiro acesso, possibilitar avaliação e início imediato do acompanhamento, aumentar tempo e frequência das sessões;

Implementar ações intra-setoriais e intersetoriais de promoção e prevenção	Promover a integralidade e a continuidade do cuidado garantindo a inclusão da pessoa com deficiência	Elaborar o Plano Terapêutico Singular envolvendo toda a rede de cuidado; Qualificar o encaminhamento/triagem da Atenção Básica para a rede especializada, assim como a contra-referência;
Promover capacitação aos profissionais de saúde	Complexidade e diversidade dos casos; Demanda crescente dos casos de autismo;	Realizar fóruns, seminários, grupos de estudo com esta temática; Participar do Grupo Condutor Regional da PcD
<b>REGULAÇÃO</b>		
Aumento no número de vagas de consultas e cirurgias em Traumatologia	Demanda reprimida de 1647 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas e cirurgias em Oftalmologia	Demanda reprimida de 5123 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas e cirurgias em Otorrinolaringologia	Demanda reprimida de 789 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas em Neurologia Pediátrica	Demanda reprimida de 74 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas em Ortopedia Pediátrica	Demanda reprimida de 15 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas de Avaliação de Obesidade Mórbida	Demanda reprimida de 46 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas de Urologia- Avaliação de Litotripsia	Demanda reprimida de 113 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Referência para consultas e em Cirurgia Vascular Média Complexidade	Demanda reprimida significativa	Estabelecer referência regional. Sugerimos encaminhar os pacientes de média complexidade para o serviço que atende a alta complexidade (Hospital de Caridade de Ijuí), sem necessidade de aumento da cota atual.
Referência para consultas em Cardiologia Pediátrica	Não há atendimento na região	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para consultas em Cardiologia Adulta média complexidade	Não há atendimento na região	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para consultas em psiquiatria	Não há atendimento na região	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para consultas e cirurgias em Bucomaxilofacial	Demanda significativa, sem referência pactuada.	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para consultas e cirurgias em Urologia	Demanda significativa, sem referência pactuada.	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para consultas e cirurgias em	Demanda significativa, visualizada no Gercon. Sem	Contratualização de serviço regional com garantia de

Gastroenterologia	referência regional pactuada.	financiamento
Referência para consultas em Reumatologia	Demanda significativa, visualizada no Gercon. Sem referência regional pactuada.	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para consultas em Endocrinologia	Demanda significativa, visualizada no Gercon. Sem referência regional pactuada.	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para consultas em Dermatologia	Demanda significativa, visualizada no Gercon. Sem referência regional pactuada.	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para consultas em pneumo	Não há atendimento na região	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para consultas em hemato clínica	Não há atendimento na região	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Cirurgia geral de cabeça e pescoço	Não há atendimento na região	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de Ressonância Magnética	Demanda reprimida de 1067 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de Tomografia	Demanda reprimida de 452 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Referência para Colonoscopia	Demanda reprimida de 807 pacientes	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para Endoscopia	Demanda reprimida de 1558 pacientes	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Ecografias	Demanda reprimida justificada pelo considerável número deste procedimento custeado via Consórcio Público.	Rever contratualização de serviço regional com garantia de financiamento.
Aumento no número de vagas de consultas em Traumatologia	Demanda reprimida de 1647 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas em Oftalmologia	Demanda reprimida de 5123 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas em Otorrinolaringologia	Demanda reprimida de 789 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas em Neurologia Pediátrica	Demanda reprimida de 74 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas em Ortopedia Pediátrica	Demanda reprimida de 15 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas de Avaliação de Obesidade Mórbida	Demanda reprimida de 46 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas de Urologia - Avaliação de Litotripsia	Demanda reprimida de 113 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Referência para consultas em Cirurgia	Demanda reprimida significativa	Estabelecer referência regional. Sugerimos

Vascular Média Complexidade		encaminhar os pacientes de média complexidade para o serviço que atende a alta complexidade (Hospital de Caridade de Ijuí), sem necessidade de aumento da cota atual.
Referência para consultas em Cardiologia Pediátrica	Não há atendimento na região	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para consultas em Bucomaxilofacial	Demanda significativa, sem referência pactuada.	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para consultas em Urologia	Demanda significativa, sem referência pactuada.	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para consultas em Gastroenterologia	Demanda significativa, visualizada no Gercon. Sem referência regional pactuada.	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para consultas em Reumatologia	Demanda significativa, visualizada no Gercon. Sem referência regional pactuada.	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para consultas em Endocrinologia	Demanda significativa, visualizada no Gercon. Sem referência regional pactuada.	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para consultas em Dermatologia	Demanda significativa, visualizada no Gercon. Sem referência regional pactuada.	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de Ressonância Magnética	Demanda reprimida de 1067 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de Tomografia	Demanda reprimida de 452 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Referência para Colonoscopia	Demanda reprimida de 807 pacientes	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para Endoscopia	Demanda reprimida de 1558 pacientes	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Referência para Traumatologia com enxerto ósseo	Demanda reprimida significativa	Contratualização de serviço regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas em Traumatologia	Demanda reprimida de 1647 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas em Oftalmologia	Demanda reprimida de 5123 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas em Otorrinolaringologia	Demanda reprimida de 789 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas em Neurologia Pediátrica	Demanda reprimida de 74 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
Aumento no número de vagas de consultas em Ortopedia Pediátrica	Demanda reprimida de 15 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento

Aumento no número de vagas de consultas de Avaliação de Obesidade Mórbida	Demanda reprimida de 46 pacientes	Rever contratualização regional com garantia de financiamento
<b>CONSÓRCIO FRONTEIRA NOROESTE - COFRON</b>		
Consultas Médicas Especializadas( maior demanda, cardio, dermato, neuro, pneumo e oftalmo), entre outras.	Demanda realizada com pagamento complementar pelas prefeituras - 12.288 (ano 2018)	Ampliar quantitativo contratualizado, com garantia de financiamento
Serviço de Apoio Diagnostico e Terapêutico - SADT	Demanda realizada com pagamento complementar pelas prefeituras - 50.282 (ano 2018)	Ampliar quantitativo contratualizado, com garantia de financiamento
<b>SAÚDE DO TRABALHADOR</b>		
Investigações e notificações dos agravos relacionados ao trabalho	Conforme as normatizações vigentes, é de responsabilidade dos municípios a realização das investigações e notificações dos agravos relacionados ao trabalho ocorridos em seus territórios, como também são realizadas pactuação dos indicadores entre os municípios e a 14ª CRS. Também, ainda possuímos subnotificações desses agravos o que dificulta na realização de ações.	Investigações e notificações dos agravos relacionados ao trabalho
Ações Preventivas	Há a necessidade da vigilância em saúde do trabalhador dos municípios da 14CRS realizarem ações preventivas nas empresas de seus territórios. Como sugestões podem ser realizadas palestras de conscientização, vigilâncias e trabalho educativo.	Ações Preventivas, parceria com CEREST
<b>VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>		
Necessidade de Referência para Hanseníase na Região	Para a Hanseníase o ambulatório de Dermatologia Sanitária é a referência atual, localizado no município de Porto Alegre. Na região da 14ª CRS temos municípios com alta endemicidade, com uma média de 12 casos por ano.	Estruturação de um ambulatório regional de referência para assistência à pessoa com hanseníase, incluindo um laboratório para coleta e leitura de lâminas de baciloscopias
Não há na macrorregião missioneira um CRIE, mas existe demanda para sua criação.	Considerando a distância da CRS com o CRIE estadual e a inclusão de novos grupos populacionais que necessitam imunobiológicos especiais, o CRIE macrorregional poderá agilizar o acesso a estes insumos.	Estruturação de um CRIE na região Macromissioneira.
Necessidade de Referência para HIV (situações especiais de acordo com a linha de cuidado) e Hepatites Virais na Região	Para atender as demandas dos agravos: HIV (situações especiais previstas na linha de cuidado) e hepatites virais. A prevalência de Hepatite B na região é alta. Além disto, o Ministério da Saúde	Instituir um serviço de referência de infectologia de abrangência regional.

	lançou o desafio de eliminar a hepatite C até 2030, implicando em aumento de diagnóstico e necessidade de tratamento.	
Necessidade de ampliar as coberturas vacinais de dTpa e Influenza em gestantes	A cobertura de vacinação de dTpa a partir de 20 semanas de gestação e Influenza na gestação está abaixo do preconizado para esta população	Sensibilizar os profissionais responsáveis pelo pré-natal (equipe multiprofissional) para a indicação das vacinas e sensibilizar as gestantes quanto à importância da vacinação como proteção da mãe e do bebê.
Necessidade de manter os imunobiológicos em condições ideais de temperatura, principalmente nos episódios de falta de energia elétrica	A grande quantidade de imunobiológicos em estoque na regional para abastecer os 22 municípios, e que precisam ser mantidos rigorosamente entre 2º e 8ºC justifica a necessidade de existência de um grupo gerador na Coordenadoria. Além disto, poderia servir de suporte aos municípios em situações de emergência (falta de energia elétrica)	Envolvimento da região no sentido de solicitar a agilização no atendimento ao processo de aquisição de um grupo gerador de energia elétrica para a rede de frio da 14ª CRS.
Monitoramento e avaliação. a) das antropozoonoses inerentes aos Programas de Vigilância e Controle do Ministério da Saúde, dentre elas: Febre Maculosa Brasileira, Febre Amarela, Febre de Chikungunya, Doença Aguda pelo Zika Vírus, Malária, Esquistossomose, Hidatidose, Cisticercose, Leishmanioses dentre outras; b) das antropozoonoses de relevância regional e local, ou seja, que apresentam incidência e prevalência em determinados municípios da Regional: Dengue, Toxoplasmose, Leptospirose, Doença de Chagas dentre outras; c) das antropozoonoses emergentes e reemergentes: Raiva Humana, Bartonelose, Brucelose, Hantavirose dentre outras. d) dos acidentes por animais peçonhentos.	Indicadores epidemiológicos, entomológicos e ambientais nos municípios em diferentes agravos e doenças, justificam ações, atividades e estratégias de vigilância, prevenção e controle. Considerando a magnitude, transcendência, potencial de disseminação e a vulnerabilidade das antropozoonoses nos municípios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilância ativa e passiva.</li> <li>- Levantamento dos fatores de risco de transmissão de antropozoonoses.</li> <li>- Avaliação das ações e atividades desenvolvidas.</li> <li>- Articulação e interlocução entre a Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Estratégia da Saúde, visando à consonância e à efetividade das ações.</li> </ul>
Qualificação na codificação dos Atestados de óbitos	Considerando a necessidade de codificar de maneira adequada os atestados de óbitos	Curso de capacitação para médicos codificadores
Manter o Laboratório Regional da 14ª CRS em funcionamento	Facilidade de acesso aos municípios ao Laboratório Regional e pela qualidade do serviço prestado.	Manter o Laboratório Regional da 14ª CRS em funcionamento
Manutenção preventiva dos equipamentos está desatualizada	Evitar a necessidade de manutenções corretivas e a garantia de resultados fidedignos.	Realizar a manutenção preventiva dos equipamentos periodicamente

Necessidade de equipamentos	Realização de análises de Cloro e pH na água para consumo humano	Aquisição de um clorímetro para análise de teor de cloro residual livre e phmêtro
<b>VIGILÂNCIA AMBIENTAL</b>		
Intensificar as ações das equipes municipais de vigilância ambiental em saúde.	As condições climáticas da região, e o histórico de infestação persistente por <i>Triatomainfestans</i> (vetor domiciliado da doença de Chagas); presença do vetor <i>Aedes aegypti</i> ; presença de flebotomíneos (possíveis vetores de Leishmaniose) e a recente identificação de <i>Tityusserrulatus</i> (escorpião amarelo) alertam para o aumento da incidência de antropozoonoses e acidentes por animais peçonhentos nos municípios.	Ampliar as ações municipais de vigilância ambiental em saúde, enfatizando o controle de vetores e animais peçonhentos
Intensificar o controle do <i>Aedes aegypti</i> na região, a fim de diminuir a morbidade das doenças transmitidas por este vetor.	A região da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde é uma área de risco para transmissão de doenças transmitidas por <i>Aedes Aegypti</i> (Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela). Historicamente, todos os 22 municípios apresentam índices de infestação de <i>Aedes</i> elevados, apresentando condições climáticas favoráveis ao desenvolvimento deste vetor e conseqüentemente para a ocorrência de arboviroses. Epidemiologicamente, os municípios notificam casos suspeitos de dengue com confirmação de casos autóctones da doença. Em 2016, a incidência de casos de dengue autóctones chegou a 57,1 e 40,8 para cada 10000 habitantes em Tuparendi e Santa Rosa, respectivamente. No mesmo período, os índices de infestação na região foram em média, 6%, sendo que em dois municípios os índices ultrapassaram 13%. Ressalta-se que, de acordo com o Ministério da Saúde, valores de índice de infestação superiores a 3,9% são considerados de risco para transmissão de arboviroses. Devido a este cenário, o controle ao <i>Aedes Aegypti</i> é uma prioridade regional e necessita ser realizado de forma permanente na região.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar a notificação oportuna com a realização da respectiva investigação e busca ativa de casos.</li> <li>- Intensificar as ações de controle do vetor, integrando o trabalho da vigilância ambiental em saúde com o das equipes de atenção básica.</li> <li>- Manter equipes mínimas municipais de agentes de combate a endemias (ACE) e acompanhar suas ações.</li> <li>- Instalar laboratórios municipais de entomologia.</li> <li>- Garantir insumos e condições adequadas de trabalho aos ACE.</li> </ul> <p>Sensibilizar a população para mobilização social no tocante a prevenção e eliminação de criadouros de <i>Aedes</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de força tarefa estadual para epidemias (FUNASA)</li> </ul>
Ampliação da rede de coleta de esgoto	Dados do último censo indicam que apenas 28,4%	Ver, junto à empresa que trata parte do esgoto

doméstico	da população possuem esgoto doméstico apropriado. O número de doenças diarreicas agudas pode ser relacionada a este fator.	sanitário do maior município da regional, a possibilidade de aumentar a cobertura da rede de coleta, tanto em Santa Rosa, como para outros municípios.
Ampliação da cobertura da coleta de lixo	A cobertura de coleta de lixo na regional atinge apenas 80%. O possível descarte inadequado de resíduos sólidos pode levar a proliferação de roedores, insetos e animais silvestres nas proximidades destas áreas. Tais animais podem transmitir doenças como leptospirose, dengue e outras.	Solicitar às prefeituras investimento em novos recursos humanos e materiais no setor de saneamento urbano. Viabilizar consórcios intermunicipais de recolhimento de resíduos sólidos.
Aumento da cobertura de abastecimento de água para consumo humano com desinfecção	A cobertura de abastecimento de água para consumo humano com desinfecção da maioria dos municípios está com percentual de cobertura abaixo, de 80,5%. A desinfecção, se aplicada da maneira correta, garante a diminuição efetiva do risco que a população do município corre em relação a doenças de veiculação hídrica, causadas por patógenos presentes na água.	Disponibilizar recursos para tratamento de água. Fazer atividades educativas junto à população, explicando a necessidade, tanto legal quanto sanitária, de realizar o tratamento da água de consumo humano;
Ampliar os pontos de coleta de pneus inservíveis	Segundo os levantamentos da 14ª CRS, grande parte dos criadouros de <i>Aedes Aegypti</i> são classificados como pneus, vetor das doenças Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela. Os responsáveis pelos pneus alegam não haver destinação adequada atualmente por parte do município.	Realizar consórcios intermunicipais de pontos de coletas de pneus inservíveis
<b>VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b>		
Revisão dos recursos de financiamento das Ações de Vigilância Sanitária.	Em virtude da amplitude do campo de atuação da VISA, exigindo-se a disponibilidade de recursos humanos qualificados e em quantidade adequada, assim como a disponibilização de recursos materiais, estruturais e tecnológicos (veículos para transporte, combustível, computadores, diárias, etc.) para o adequado exercício das atividades.	Aumento dos repasses financeiros para as equipes de Vigilância Sanitárias Municipais e Estaduais.
Reformulação e reestruturação das Vigilâncias Sanitárias Municipais.	A alta demanda de ações de Vigilância Sanitária contrasta com o número insuficiente de fiscais sanitários nos municípios, assim como o acúmulo de funções dos fiscais sanitários, que, muitas	Regulamentação e padronização dos processos de trabalho, especialmente no tocante à exclusividade de atuação dos fiscais sanitários na área sanitária.

	vezes, assumem responsabilidades relativas às áreas de obras, tributária, epidemiológica e/ou ambiental, além de suas atribuições na área sanitária.	
Ausência de um sistema integrado e consolidado de apoio técnico às equipes de Vigilância Sanitária.	Existe uma deficiência na padronização dos processos de trabalho em algumas áreas de atuação da Vigilância Sanitária, com ênfase na ausência de legislação apropriada, inclusive referente à documentação exigida para licenciamento sanitário, roteiros de inspeção e suporte técnico adequado a estas áreas (especialmente de baixa complexidade), dificultando a obtenção e troca de informações de forma ágil entre os diversos níveis do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária.	Implementação de uma rede de apoio técnico para elaboração das normativas e padronizações necessárias, cujas atribuições incluam a revisão e atualização contínua dos referidos materiais técnicos, disponibilizando-os em meios adequados e acessíveis aos diversos órgãos de Vigilância Sanitária, assim como prestação de suporte técnico permanente e ágil aos referidos órgãos.
Ausência de um programa de educação permanente e continuada dos servidores das VISAs municipais e estaduais.	Ampla diversidade de serviços de saúde, surgimento de novas tecnologias em saúde e revisão dos processos de trabalho.	Implementação de um programa de educação permanente e continuada dos servidores das VISAs, que disponha de uma equipe específica designada para tal fim, e com contínua pesquisa e levantamento das deficiências de capacitação dos servidores das VISAs municipais e estaduais para suprimento destas demandas.
Ausência de um profissional com capacitação adequada para atuação exclusiva na área de alimentos da 14ª CRS.	A 14ª CRS possui, aproximadamente, 130 Agroindústrias na sua área de abrangência, que demandam fiscalização e licenciamento sanitário anualmente. O servidor que atuava em tempo integral na área de alimentos da 14ª CRS foi deslocado para a Vigilância Ambiental, ficando a área de alimentos desprovida de profissional designado em tempo integral. Ademais, a função deste servidor incorpora a prestação de suporte técnico a todos os municípios da 14ª CRS.	Designação de um servidor com formação adequada, em conformidade com o Anexo III da Resolução CIB/RS nº 250/07, para atuação em tempo integral na área de alimentos da 14ª CRS.
<b>PIM</b>		
Ações de prevenção e promoção da saúde materno infantil	Qualificar o atendimento de gestantes e crianças em municípios com maiores índices de violência, suicídio, mortalidade materna e infantil, maior vulnerabilidade socioeconômica e também com maior demanda do público alvo do PIM,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implantação do PIM em municípios que ainda não aderiram ao programa;</li> <li>- Aumento da cobertura de atendimento/nº de visitantes, em municípios que já possuem o programa;</li> </ul>

	proporcionando o cuidado com o desenvolvimento infantil e incentivando o protagonismo familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensificar a detecção precoce de atraso no desenvolvimento infantil;</li> <li>- Ampliar o trabalho na rede intersetorial (saúde, educação e assistência social);</li> <li>- Qualificar a atenção pré-natal.</li> </ul>
Realizar capacitações regionais das Equipes municipais do PIM	Os integrantes novos das equipes técnicas municipais devem receber capacitação inicial para iniciar suas atividades.	Proporcionar qualificação abrangendo a metodologia do PIM e temas relacionados ao desenvolvimento infantil e gestação.
Apoiar os municípios na implantação do Programa Federal Criança Feliz	O PIM está auxiliando os municípios elegíveis, na implantação até a execução do Programa Criança Feliz. No RS, funciona de maneira articulada.	Assessoria aos municípios sobre o PIM/CRANÇA FELIZ.
<b>FINANCIAMENTO</b>		
Os repasses de maneira regular e automáticos em dia, para os municípios, hospitais e demais prestadores de serviço em saúde.	Dar condições aos municípios, hospitais e demais prestadores de serviço em saúde, em atender a sua população e assegurar a prestação de serviços na área de saúde com os prestadores contratualizados, inclusive muitos municípios já estão aplicando percentuais muito acima do que determina a EC 29.	O cumprimento da Emenda Constitucional 29 e o Art 6º da Lei Complementar 141/2012 -Capítulo III, Seção I.
<b>OUVIDORIA</b>		
Ouvidorias Municipais	Plano Estadual de Saúde 2016-2019	Implantar Ouvidorias Municipais em municípios que manifestaram interesse de acordo com Planos Municipais de Saúde 2018-2021
Ações de Educação Permanente em Saúde	Considerando as manifestações recebidas no ano 2018 através do Sistema Ouvidor/SUS direcionados ao profissional, e as solicitações de alguns municípios no PMS 2018/2021 - Considerando a aprovação do Plano Estadual de Educação Permanente resolução 020/19 da CIB/RS e portaria 3194/2017 que dispõe do programa para o fortalecimento das práticas de educação permanente em saúde	Promover ações de educação permanente em saúde, realização de cursos, reuniões, oficinas e capacitações voltadas para a valorização e qualificação do profissional, e Seminários com a participação de usuários.
<b>URGENCIA E EMERGENCIA</b>		
Qualificação e manutenção dos incentivos financeiros nos leitos de UTI	Considerando a distância dos grandes centros e a necessidade de termos leitos de UTI adulto, pediátrico e neonatal na região, para garantir o	Necessidade de manutenção, qualificação e ampliação de leitos para região

	atendimento adequado aos usuários dentro da linha de cuidado de urgência.	
Habilitação dos leitos de cuidados prolongados, Giruá e Alecrim	Considerando que há um processo concluído no Ministério da Saúde, aguardando a publicação da portaria para habilitação do serviço na região.	Publicação da portaria com habilitação do serviço
Habilitação do incentivo portas abertas federal no Vida e Saúde	Considerando a importância do serviço de urgência e emergência para região, sendo o Hospital Vida e saúde referência macrorregional.	Processo concluído aguardando liberação do MS.
Habilitação do serviço de atendimento ambulatorial de urgência cerebrovascular no Hospital Vida e Saúde	Considerando a incidência e a taxa de mortalidade no Estado, é fundamental a habilitação de um serviço frente os danos causados pelo AVC.	Processo de solicitação de habilitação de serviço de atendimento de urgência ao AVC, concluído aguardando liberação e publicação de portaria pelo MS