



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 270/20 - CIB/RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

o Decreto Presidencial nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite;

a Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, (atual Portaria de Consolidação nº 03 de 28 de setembro de 2017 – Anexo VI), que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS;

a Portaria GM/MS nº 835, de 25 de abril de 2012 (atual Portaria de Consolidação nº 06 de 28 de setembro de 2017 – Anexo IV), que trata do financiamento da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência;

o Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual publicado em 10 de abril de 2013 e atualizado em agosto de 2020, referente às Portarias GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012 (atual Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 – Anexo VI), e Portaria GM/MS nº 835, de 25 de abril de 2012 (atual Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017 – Anexo IV);

a aprovação da Comissão Intergestores Bipartite – Resolução nº 510/12 – CIB/RS, que institui o Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Secretaria Estadual da Saúde do RS;

a Resolução nº 283/13 – CIB/RS, de 08 de julho de 2013, que aprova o Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do RS e a necessidade de atualização do mesmo e a Resolução nº 023/17 – CIB/RS, de 10 de fevereiro de 2017, que atualiza o Plano Estadual da RCPcD.

o Parecer nº 01/2020 do Grupo Condutor da Rede de Condutor da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do RS que aprova o este plano;

a solicitação do Ministério da Saúde/Coordenação Geral da Saúde da Pessoa com Deficiência de atualizar o Plano Estadual da RCPcD até dia 30 de dezembro de 2020;

a pactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 16/12/2020.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Plano da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do Rio Grande do Sul.

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

Porto Alegre, 22 de dezembro de 2020.

ARITA BERGMAN
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

**PLANO DE AÇÃO DA
REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA
PESSOA COM DEFICIÊNCIA DO ESTADO DO
RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre, 2020

Secretária de Estado da Saúde

Arita Bergmann

Secretária Adjunta de Estado da Saúde/Diretora-Geral

Aglaé Regina da Silva

Diretora Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Lisiane Wasem Fagundes

Diretora Adjunta Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Carla Pertile

Organização

Ayesa Donini de Castilhos Lorentz

Christian Pacheco Medeiros

Cristiane Schuller

Mariana Viana da Silva

Elaboração

Ana Cláudia Ourique – SPD/14ªCRS

Anacira Gerelli – DAHA/Atenção

Especializada

Anieli Schemmer – SPD/4ªCRS

Ayesa Donini C. Lorentz – DAHA/Atenção

Especializada

Bruna Machado Correa – SPD/8ªCRS

Bruna Noronha Teixeira – SPD/1ªCRS

Bruna Sperling Morgan – SPD/15ªCRS

Camila Campana – SPD/6ªCRS

Camila Dubow – SPD/13ªCRS

Carina Bassan Dotto – SPD/8ªCRS

Carine Teresa Zambonato Ecco – DAS/Saúde
da Criança

Carla Guimarães da Silva – DAHA/Atenção
Especializada

Carla Hernandez Kieling – SPD/9ªCRS

Carla Iuva Bortolini – SPD/12ªCRS

Caroline Daldon – SPD/16ªCRS

Christian Medeiros – DAHA/Atenção

Especializada

Cristiane Schuller – DAHA/Atenção

Especializada

Elizabet Pazetto dos Anjos – SPD/19ªCRS

Emanuele Togni dos Santos – SPD/18ªCRS
Fabiane Luz de Carvalho – SPD/5ªCRS
Fernanda Vianna Schmitt – SPD /2ªCRS
Francielli Foggiatto – SPD/13ªCRS
Gabriela Schnorr Moraes– SPD/8ªCRS
Gabriela Vilma Delazeri – SPD/16ªCRS
Guilherme Fortes Machado – SPD/15ªCRS
Jessica Chagas – CRS/17ªCRS
Karen Fernanda Godoi– DAHA/Atenção Especializada
Karen Vergara Prestes – SPD/3ªCRS
Karina Alida Guisso Vitória – SPD /2ªCRS
Leilani Baccin Bruno – SPD/10ªCRS
Liana Saldanha Brites – SPD/18ªCRS
Lorraine da Rosa Machada – SPD/7ªCRS
Magali Filho – SPD/14ªCRS
Maiara Santos Gonçalves – SPD/4ªCRS
Mariana Viana da Silva – DAHA/Atenção Especializada
Marília Ache Carlotto – DAS/ Saúde da Criança
Maristela de Fátima da Silva – Planejamento/8ªCRS
Natali Carina Dolvitsch Pfluck – SPD /1ªCRS

Patrícia Marcante Soares – SPD/13ªCRS
Priscila Helena Miranda Soares –
Coordenação Estadual da Atenção Básica
Rafaela Oliveira da Vitória – SPD/7ªCRS
Raquel Alves Sobrasa– SPD/11ªCRS
Rosilei Sontag – SPD/17ªCRS
Vanderleia Moura da Silva– SPD/9ªCRS
Vanessa Trintinaglia – SPD/5ªCRS
Virginia Heberle Eichler– PIM Primeira Infância Melhor
Viviane Guerisoli Leão – SPD/14ªCRS
Welds Rodrigo Ribeiro Bertor – SPD/11ªCRS
Xana Cris Vieira Santana Pithan -
SPD/17ªCR

Colaboração

Cibele Almeida Gabineski
Daniel Svartman Camiansky
Luciana Rocha da Silveira
Márcia Falcão Fabrício
Marília Canterle Gonçalves

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1. IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

1.1. HISTÓRICO

1.2. ANÁLISE DO PLANO DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA 2013

2. POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA NO RS

3. CONDICIONANTES E DETERMINANTES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO RS

4. COMPONENTES DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

4.1 ATENÇÃO BÁSICA

4.1.1 Programa Academia da Saúde

4.2 Saúde Bucal

4.3 Atenção Domiciliar

4.4 Saúde da Criança

4.4.1 Triagem Neonatal Biológica - Teste do Pezinho

4.4.2 Triagem Auditiva Neonatal – Teste da Orelhinha

4.4.3 Triagem Neonatal do Reflexo Vermelho – Teste do Olhinho

4.4.4 Triagem Neonatal de Cardiopatia Congênita Crítica – Oximetria de Pulso – Teste do Coraçõozinho

4.4.5 Avaliação do Frênulo Lingual - Teste da Linguinha

4.5 Saúde do Idoso

4.6 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

4.6.1 Reabilitação Auditiva

4.6.2 Reabilitação Física

4.6.3 Reabilitação Intelectual

4.6.4 Reabilitação Visual

4.6.5 Atenção à Pessoa Ostomizada

4.6.6 Serviços que compõem a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência

4.6.7 Fluxo de Acesso

4.6.8 Regulação

4.6.9 Fluxo para concessão, dispensação e adaptação de OPM

4.6.10 Educação Permanente

4.6.11 Serviços credenciados pelo gestor local

4.6.12 Doenças Raras

4.7 ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

4.7.1 Leitos de Cuidados Prolongados

5. METAS PARA A SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NOS PLANOS ESTADUAL E NACIONAL DE SAÚDE

6. ESCALONAMENTO

7. ANÁLISE ATUAL E AVANÇOS NECESSÁRIOS À REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. ANEXOS

I – ANÁLISES REGIONAIS DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

II – MUNICÍPIOS DO RS E POPULAÇÃO

INTRODUÇÃO

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) foi instituída em 2012, na lógica das Redes de Atenção à Saúde, para fortalecer, ampliar e qualificar as ações de reabilitação e de prevenção precoce das deficiências, considerando *pessoa com deficiência* aquela que tem comprometimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU 2007).

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (NY, 2007), promulgada pelo Estado brasileiro por meio do Decreto nº 6.949 de 2009, reconhece que a deficiência é um conceito em evolução e que a mesma “resulta da interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais que impedem sua participação plena e eficaz na sociedade de forma igualitária”, portanto, não se restringe somente a um atributo da pessoa, mas também do ambiente à sua volta.

A partir desta perspectiva, a inclusão pode ser entendida como a capacidade da sociedade de acolher todo e qualquer cidadão, considerando suas singularidades, prevendo o tratamento necessário, com equidade, em todas as áreas de atuação humana, seja na estrutura de formação, de trabalho, de expressão, de convívio e de atenção à saúde.

A estrutura preconizada na constituição da RCPcD, visa oferecer atenção à saúde das pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, de forma integrada, articulada e efetiva. Com foco na integralidade do cuidado, a RCPcD está organizada a partir dos três componentes de atenção: Atenção Básica; Atenção Especializada de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Ostomia e Múltiplas Deficiências; e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

A capacidade instalada dos pontos de atenção especializada em reabilitação da pessoa com deficiência no Rio Grande do Sul compreende atualmente 89 serviços, sendo 76 de modalidade única, 13 Centros Especializados em Reabilitação e 3 Oficinas Ortopédicas.

Este Plano apresenta, a partir das análises regionais e dos diversos pontos de atenção à saúde, o histórico da atenção à pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde, a implementação desta Rede de Cuidados no Estado do Rio Grande do Sul, seu diagnóstico atual, avanços e necessidades para o efetivo cuidado integral de seus usuários.

1. IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

1.1 HISTÓRICO

A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do Rio Grande do Sul foi se constituindo em consonância com a evolução da legislação e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, interligada à garantia de direitos das pessoas com deficiência.

Instituída por meio da Portaria MS/GM nº 1060, de 5 de junho de 2002, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência está voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a implantação das unidades de reabilitação foram estabelecidas diversas normas, as quais orientaram a organização dos primeiros serviços de reabilitação no Estado.

As primeiras unidades de reabilitação implantadas foram nas áreas da Reabilitação Intelectual e da Reabilitação Física. Com relação à Reabilitação Intelectual, a Portaria MS/GM n.º 1635 em 12 de setembro de 2002 afirma a necessidade de garantir às pessoas com deficiência intelectual e transtorno do espectro do autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas, assim como a necessidade de organização do atendimento no Sistema Único de Saúde e de identificar e acompanhar estes pacientes. Em 04/06/2004, através do Memorando Circular SES nº 059/04, foi realizado o chamamento de instituições interessadas no credenciamento à serviço de Reabilitação Intelectual.

Com relação à Reabilitação Física, a Portaria MS/GM nº 818, de 05 de junho de 2001 cria mecanismos para a organização e implantação de Redes de Assistência à Pessoa com Deficiência Física, com tratamento especializado, multiprofissional e multidisciplinar visando à promoção da saúde, a limitação da incapacidade e a garantia da qualidade de vida, buscando a sua reabilitação clínico- funcional e contribuindo, decisivamente, para a melhoria de suas condições de vida, a sua integração social, a ampliação das suas potencialidades laborais e independência nas atividades da vida diária. Além disso, aponta a necessidade de identificar os pacientes que precisam de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção, bem como acompanhar a evolução dos custos desses procedimentos.

Posteriormente, a Reabilitação Auditiva é normatizada com as Portarias MS/GM nº.073/2004, MS/SAS nº 587 e 589/2004 que instituem a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva e as Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. A portaria leva em conta: a magnitude social da Deficiência Auditiva na população brasileira e suas consequências; a possibilidade de êxito de intervenção por meio de ações de promoção e de prevenção em todos os níveis de atenção

à saúde, por intermédio de equipe multiprofissional e interdisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas; as condições atuais de acesso da população brasileira aos procedimentos de saúde auditiva; os custos elevados dos procedimentos de reabilitação auditiva a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que estabeleça uma linha de cuidados integrais; a necessidade de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em reabilitação auditiva no país; a necessidade da implementação do processo de regulação; a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral às patologias e às situações de risco que, com maior frequência, levam à deficiência auditiva e a necessidade de promover estudos que demonstrem o custo-efetividade e avaliem a qualidade dos procedimentos de saúde auditiva.

Em 2008 a Reabilitação Visual é regulamentada pelas Portarias MS/GM nº 3.128/2008 e nº 3.129/2008 que definem as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual no Sistema único de Saúde e estabelecem os recursos destinados às Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual. No RS, a Resolução nº 238/09-CIB/RS, considerando o disposto nas Portarias anteriormente citadas e o Edital de Chamamento Público para Serviço de Reabilitação Visual, publicado no DOE, aprova a indicação de prestadores, como Serviços de Reabilitação Visual, os quais farão parte da Rede Estadual de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual do RS, considerando a necessidade de garantir às pessoas com Deficiência Visual atenção integral nos vários níveis de complexidade no Sistema Único de Saúde - SUS, através de ações descentralizadas de prevenção, promoção e Reabilitação da Saúde Ocular com intervenções especializadas.

Desta forma, a partir destes regramentos expostos acima, os serviços de modalidade única nas áreas da reabilitação auditiva, física, intelectual e visual foram sendo contratualizados no Estado, formando a rede de atenção especializada à saúde da pessoa com deficiência à época, sendo eles: 9 de atendimento em reabilitação auditiva, 5 de atendimento em reabilitação física, 60 de atendimento em reabilitação intelectual e 2 de atendimento em reabilitação visual.

Em 30 de Dezembro de 2010 a Portaria MS/GM nº 4279 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pela necessidade de definir os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da Rede de Atenção à Saúde, bem como as diretrizes e estratégias para sua implementação. A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a organização da Rede de Atenção à Saúde.

Em 31 de Janeiro de 2012 a Portaria MS/GM nº 148 das Redes Prioritárias, orienta que a rede de atenção à saúde temática deve se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as pessoas ou as populações. A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, entre outras, foi considerada prioritária. Todas as redes são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação e promoção e vigilância à saúde.

Ao lançar o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite, por meio do Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011, o governo federal ressalta o compromisso do Brasil com as prerrogativas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU, ratificada pelo nosso país com equivalência de emenda constitucional. Elaborado com a participação de mais de 15 Ministérios e do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), que trouxe as contribuições da sociedade civil, o Plano Viver sem Limite envolve todos os entes federados em ações nas áreas da educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde.

Para tanto, foi criada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, composta por uma série de estratégias e serviços de atendimento às necessidades específicas de pessoas com deficiência auditiva, física, visual, intelectual, múltiplas deficiências e ostomizadas. Com essa Rede, estabelece-se a articulação dos serviços de saúde, com a garantia de ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação.

A atenção à pessoa com deficiência está amparada pela Portaria MS/GM nº 793 de 24 de abril de 2012 (atual Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 - anexo VI) e seus Instrutivos, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com ações de promoção, qualificação, organização, articulação e integração dos serviços. A organização da atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS conta com serviços de reabilitação de modalidade única nas áreas auditiva, física, visual e intelectual, Centros Especializados em reabilitação (CER) distribuídos nas Regiões de Saúde do Estado e Oficinas Ortopédicas.

Em 2013 o Estado do Rio Grande do Sul aprova, através da Resolução nº 283/13-CIB/RS, o Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, realizado a partir dos diagnósticos e necessidades das macrorregiões de saúde, indicando as demandas de habilitação dos Centros Especializados em Reabilitação e de Oficinas Ortopédicas. Desde então, o Plano foi sendo atualizado, sendo a última versão aprovada pela Resolução nº 454/2017- CIB/RS.

Em 2019 foi publicada a Lei nº 15.322, de 25 de setembro, que institui a Política Estadual de Atendimento Integrado à Pessoa com Transtornos do Espectro Autista no âmbito do Estado do

Rio Grande do Sul, destinada a garantir e a promover o atendimento às necessidades específicas das pessoas com Transtornos do Espectro Autista, visando ao desenvolvimento pessoal, à inclusão social e à cidadania e ao apoio às suas famílias. Esta Lei tem o objetivo de assegurar a plena efetivação dos direitos e garantias fundamentais da pessoa com Transtornos do Espectro Autista – TEA.

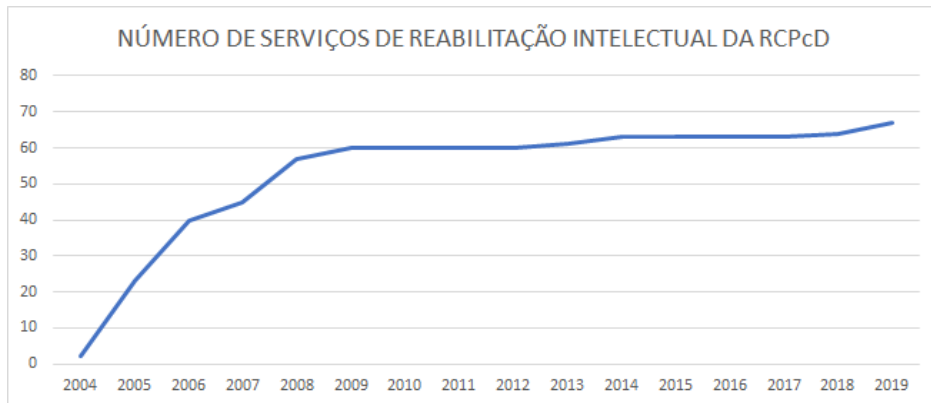
Em outubro de 2019, a SES/RS, instituiu um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), com objetivo de construir as diretrizes estaduais para a implementação da Lei Gaúcha Pró-Autismo, como ficou conhecida a Lei N°15.322/2019. Pensando na qualidade do atendimento a ser ofertado às pessoas com TEA, entende-se importante a criação de espaços macrorregionais especializados, destinados ao atendimento integral das pessoas com TEA, abrangendo todo o ciclo vital e incluindo, prioritariamente, as áreas referidas na legislação: saúde, educação e assistência social, culminando na idealização do Centro de Referência em Transtorno do Espectro Autista (CRTEA).

A Coordenação Estadual da RCPcD compete ao Núcleo SPD (Saúde da Pessoa com Deficiência) do setor Atenção Especializada, vinculado ao Departamento de Atenção Hospitalar e Ambulatorial da Secretaria Estadual de Saúde. Os núcleos SPD nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde são responsáveis pela Coordenação Regional da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.

Cabe à Coordenação Estadual da Saúde da Pessoa com Deficiência a condução do Grupo Condutor Estadual da Rede RCPcD, previsto na portaria que institui a RCPcD, e aprovado pela Resolução n° 510/2012-CIB/RS. O mesmo possui composição que garante a intersectorialidade e avalia a implantação e realiza o acompanhamento das ações, como: a Implementação de Diretrizes Clínicas e Protocolos para atenção à pessoa com deficiência; o Acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e o cumprimento das metas relacionadas às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

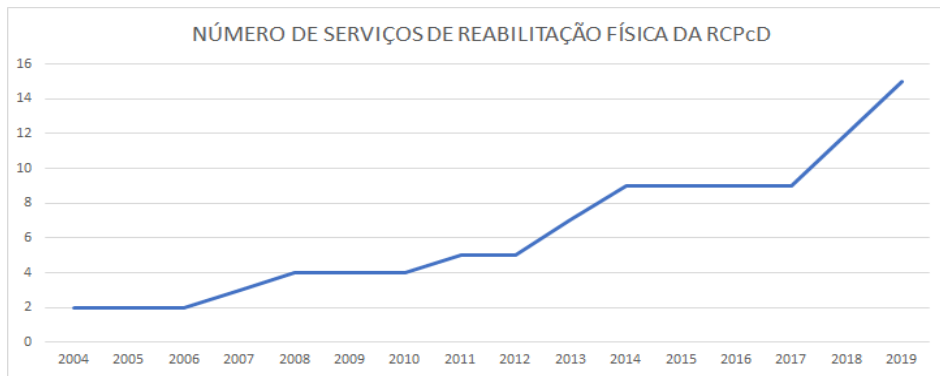
Os Centros Especializados em Reabilitação passam a compor a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Rio Grande do Sul, além dos serviços de modalidade única, os quais prestam atendimentos em mais de uma modalidade, sob a lógica da integralidade do cuidado. Os CER podem ser do tipo II, III ou IV, conforme o número de modalidades de atendimento, sendo atualmente 13 no Estado. Os gráficos 1 ao 5 apresentam a implementação da RCPcD no Estado no período de 2004 a 2019, por área de reabilitação. O gráfico 5 demonstra os Centros Especializados em Reabilitação habilitados no RS de 2013 a 2019:

Gráfico 1 – Serviços de Reabilitação Intelectual no RS



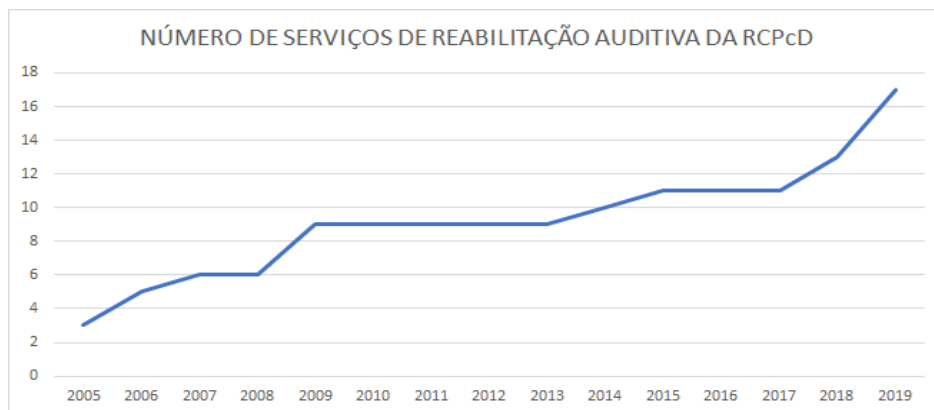
Fonte: SES/RS

Gráfico 2 – Serviços de Reabilitação Física no RS



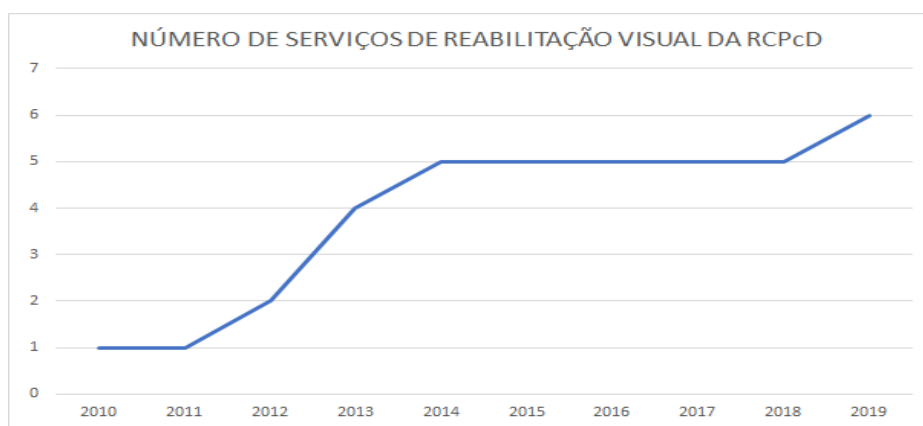
Fonte: SES/RS

Gráfico 3 – Serviços de Reabilitação Auditiva no RS



Fonte: SES/RS

Gráfico 4 – Serviços de Reabilitação Visual no RS



Fonte: SES/RS

Gráfico 5 – Centros Especializados em Reabilitação no RS



Fonte: SES/RS

1.2 ANÁLISE DO PLANO ESTADUAL DA RCPcD DE 2013

A fim de avaliar a implementação das demandas diagnosticadas no Plano Estadual da RCPcD aprovado em 2013, importante para subsidiar o diagnóstico para o Plano atual, faz-se necessária uma breve análise dos resultados obtidos desde então.

O Plano apontou a necessidade de 27 novos Centros Especializados em Reabilitação para o Estado do RS, distribuídos nas sete macrorregiões, conforme segue:

- Região Centro Oeste: Previstos 2 CER
CER Auditiva e Física – Construção CER Alegrete
CER Física e Intelectual – Habilitado CER Santa Maria

Oficina Ortopédica CER Santa Maria - Habilitado

- Região Metropolitana: Previstos 6 CER e 1 Oficina Ortopédica
3 CER II - Auditiva e Intelectual – Habilitado CER II Cerepal e CER II Santa Ana
CER III - Auditiva, Física e Visual - Habilitado CER III Osório
2 CER III - Auditiva, Física e Intelectual – Habilitado CER III ACADEF
Oficina Ortopédica - Habilitados ACADEF e AACD
Foram contemplados, além do previsto no Plano de 2013:
CER IV Novo Hamburgo
CER II Cachoeirinha - Física e Intelectual
Oficina Ortopédica
- Região Serra: Previstos 2 CER
CER II - Auditiva e Intelectual
CER II - Física e Visual
Nenhum serviço habilitado
- Região Norte: Previstos 3 CER
2 CER II Física e Visual - Habilitado CER II ACD e CER Tenente Portela
CER II - Auditiva e Intelectual - Auditiva contemplada no CER III de Tenente Portela
Faltou habilitação na área da Reabilitação Intelectual
Não estavam previstos plano de 2013 e foram habilitados:
Oficina Ortopédica na CER II ACD Passo Fundo
Alta Complexidade Próaudi Clínica da Audição Passo Fundo
- Região Missioneira: Previstos 4 CER e 2 Oficinas Ortopédicas
CER II Física e Visual - Habilitado CER II Giruá
CER II Auditiva e Intelectual - Habilitado CER II Santa Rosa
CER II Auditiva e Física - Habilitado CER São Borja
CER III - Física, Auditiva e Intelectual – não houve habilitação
2 Oficinas Ortopédicas - 1 CER Giruá
Além do previsto em 2013, foram habilitados:
CER II Apae Três de Maio – Auditiva e Intelectual
Alta Complexidade Reabilitação Auditiva - Centro Auditivo Proaudi Ijuí

- Região Sul: Previstos 3 CER

CER III - Auditiva, Física e Intelectual

CER II - Auditiva e Física

CER II - Auditiva e Visual

Nenhum serviço habilitado, sendo que o município de Rio Grande foi contemplado com recurso para construção de um CER, mas desistiu da proposta.

- Região Vales: Previstos 3 CER e 1 Oficina Ortopédica

2 CER - Auditiva e Intelectual

CER - Auditiva e Visual

Oficina Ortopédica

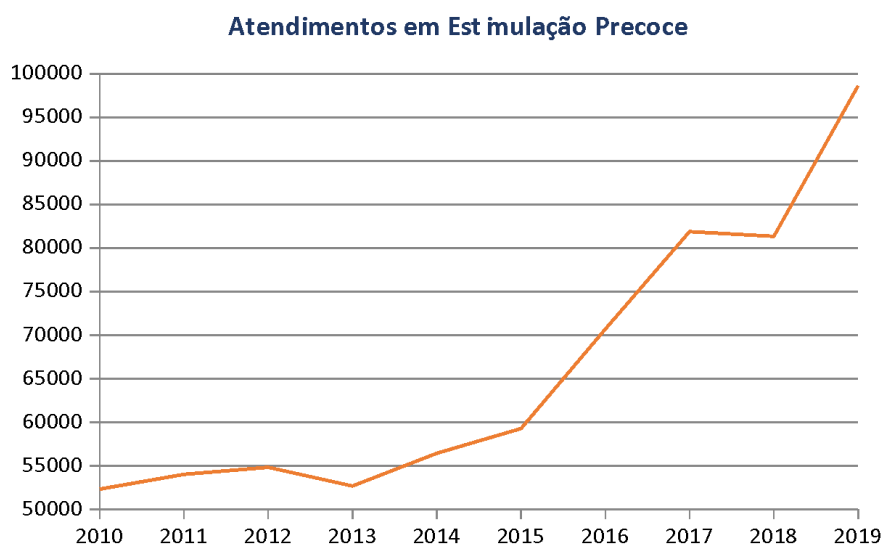
Habilitado CER II Auditiva e Física em Encantado

Destaca-se o aumento significativo do número de serviços habilitados da RCPcD durante este período, o que é fundamental para a efetivação desta política, a partir da garantia do acesso aos serviços especializados. Dos 27 novos serviços propostos em 2013, foram habilitados 19, o que representa 70% do total. Verifica-se que nas macrorregiões de saúde em que os novos pontos estimados não foram habilitados, por motivos que variam desde a dificuldade em encontrar proponentes para o pleito (pela ausência de custeio de OPM pelo Ministério da Saúde, por exemplo), desistência ou até mesmo pela demora na habilitação por parte do referido órgão, as dificuldades de acesso permanecem ou foram agravadas.

Além de definir a necessidade de serviços para a atenção à Pessoa com Deficiência a partir dos vazios assistenciais verificados pelas Coordenadorias Regionais em suas matrizes diagnósticas, o Plano da RCPcD de 2013 definiu algumas Diretrizes e Metas, a luz da Portaria Ministerial nº 793/2012 que, dentre elas, destacamos o atingimento das seguintes:

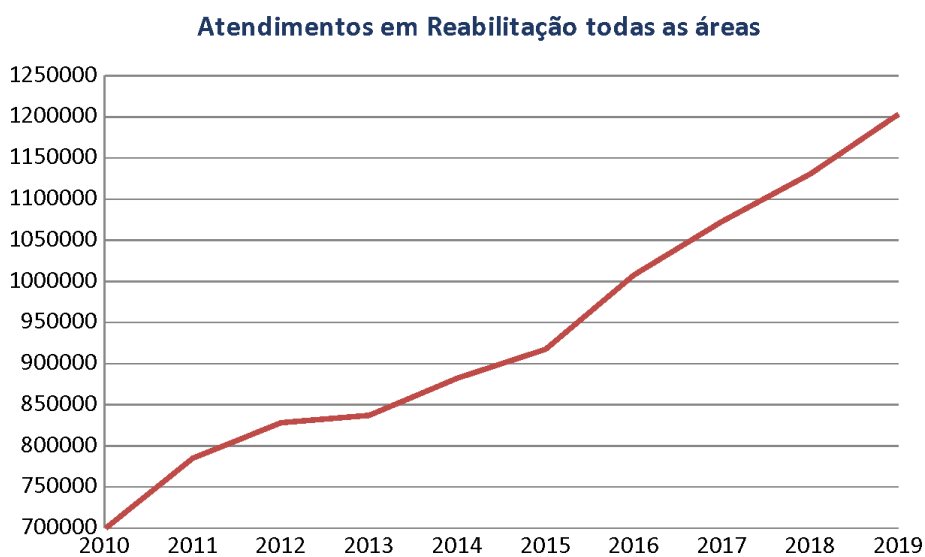
✓ **Promover a integralidade, equidade, continuidade e resolutividade do cuidado à pessoa com deficiência** - A ampliação da RCPcD, a partir da habilitação de 70% dos pleitos previstos, possibilitou o aumento do acesso aos serviços especializados. Além disso, mais serviços passaram a ser regulados, o que aumenta a equidade. Houve aumento no número de dispensação de OPMs (órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção), atendimentos em estimulação precoce e atendimentos em reabilitação, conforme mostram os gráficos a seguir:

Gráfico 6 – Produção SIA em Estimulação Precoce



Fonte: DATASUS/Tabwin

Gráfico 7 – Produção SIA em Reabilitação



Fonte: DATASUS/Tabwin

Obs. No item 4.6.9 Fluxo de Concessão de OPM consta o gráfico das OPM's dispensadas.

✓ Desenvolver ações junto ao DAS/Saúde da Criança para promover ações e ampliar a cobertura Triagem Auditiva Neonatal - Tais ações foram efetuadas, gerando aumento da cobertura, conforme tabela a seguir:

Tabela 1 – Triagem Auditiva Neonatal

TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL RS												
ANO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TAN	18.655	19.357	46.372	64.619	81.957	77.060	78.729	94.576	91.052	90.087	88.860	94.279
SINASC	135.143	133.652	133.243	137.710	138.941	141.350	143.315	148.359	141.411	141.516	139.997	134.521
NASCIDOS SUS	101.357	100.239	99.932	103.283	104.206	106.013	107.486	111.269	106.058	106.137	104.997	107.617*
COBERTURA TAN SUS	18,41%	19,31%	46,40%	62,57%	78,65%	72,69%	73,25%	85,00%	85,85%	84,88%	84,63%	87,61%

Fonte: DATASUS/Tabwin e SINASC

O aumento da cobertura da Triagem Auditiva Neonatal foi meta dos Planos Estaduais de Saúde 2012-2015 e 2016-2019, sendo acompanhado pela área técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência do DAHA. Destaca-se que os percentuais de 2019 podem sofrer alteração, tendo em vista que os dados do SINASC deste ano ainda são preliminares.

✓ **Articular e desenvolver ações para ampliação do quantitativo de veículos adaptados e transporte sanitário** - Todos os CER habilitados até o ano de 2018 receberam veículos adaptados.

2. POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA NO RS

Os dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo de 2010, descreveram a prevalência dos diferentes tipos de deficiência que foi classificada pelo grau de severidade, de acordo com a percepção das próprias pessoas entrevistadas sobre suas funcionalidades. A avaliação foi feita com o uso de facilitadores como óculos e lentes de contato, aparelhos de audição, bengalas e próteses. As perguntas feitas aos entrevistados buscaram identificar as deficiências visual, auditiva e motora pelos seguintes graus de dificuldade: (i) tem alguma dificuldade em realizar; (ii) tem grande dificuldade; (iii) não consegue realizar de modo algum; além da deficiência mental ou intelectual. O marco conceitual adotado para investigação das pessoas com deficiência no Censo Demográfico de 2010, buscou se adaptar à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) divulgada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001.

Dessa forma, o IBGE consolidou a compreensão da deficiência como produto da interação entre funções e estruturas corporais com limitações e barreiras sociais e ambientais, também em

consonância com a concepção da Convenção de Direitos da Pessoa com Deficiência, aprovada no âmbito das Organização das Nações Unidas (ONU), em 13 de dezembro de 2006.

O quadro de perguntas sobre pessoas com deficiência utilizado no questionário do Censo Demográfico 2010, partiu do modelo de perguntas e respostas propostos pelo Grupo de Washington (GW) em seu conjunto curto de questões para pesquisas censitárias. Em 2010, optou-se por identificar as pessoas com deficiência que respondessem ter pelo menos alguma dificuldade em uma ou mais questões por tipo de deficiência.

A partir dessa leitura foram consideradas 2.549.691 o número de pessoas com deficiência no Rio Grande do Sul, o que corresponde a 23,84% do total da população recenseada pelo Censo Demográfico 2010. Contudo, o IBGE publicou a Nota técnica 01/2018, que traz a releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington, onde identifica-se como pessoa com deficiência apenas os indivíduos que responderam ter muita dificuldade ou não consegue de modo algum em uma ou mais questões no Censo 2010. Sendo assim, ao aplicar esta nova linha de corte, o percentual da população com deficiência no Rio Grande do Sul passa a ser de 6,7%.

A população estimada do Rio Grande do Sul para o ano de 2019, conforme IBGE, é de 11.377.329 pessoas e, de acordo com a nota técnica do IBGE acima mencionada, o total de pessoas com deficiência residentes no Estado do Rio Grande do Sul é de 762.275 pessoas, as quais apresentam: deficiência visual - 3,4% , deficiência física - 2,3%, deficiência auditiva - 1,1% e deficiência intelectual -1,4%.

Macrorregião	CRS	População	População com Deficiência 6,7%	População com Deficiência Visual 3,4%	População com Deficiência Física 2,3%	População com Deficiência Auditiva 1,1%	População com Deficiência Intelectual 1,4%
Centro-Oeste	4ª e 10ª	1.014.447	67.968	34.491	23.332	11.159	14.202
Metropolitana	1ª, 2ª e 18ª	5.023.201	336.554	170.789	115.534	55.255	70.325
Missioneira	9ª, 12ª, 14ª e 17ª	945.020	63.316	32.131	21.735	10.395	13.230
Norte	6ª, 11ª, 15ª e 19ª	1.188.952	79.660	40.424	27.346	13.078	16.645
Serra	5ª	1.227.667	82.254	41.741	28.236	13.504	17.187
Sul	3ª e 7ª	1.067.296	71.509	36.288	24.548	11.740	14.942
Vales	8ª, 13ª 16ª	910.656	61.014	30.962	20.945	10.017	12.749
Total		11.377.239	762.275	386.826	261.676	125.148	159.280

A relação dos 497 Municípios do Estado do Rio Grande do Sul com o código IBGE, a população geral e a população por área de deficiência consta no Anexo II deste Plano.

3. CONDICIONANTES E DETERMINANTES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NO RS

O Estado do Rio Grande do Sul possui 497 municípios e uma população estimada de 11.422.973 pessoas, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2020.

Das 30 Regiões de Saúde do Estado, as cinco mais populosas, de acordo com o constante no PES/RS (dados do IBGE 2019), são: R10, com 2.369.210 habitantes (20,8%), R21 com 878.951 (7,7%), R7 com 829.904 (7,3%), R8 com 778.841 (6,8%) e R23 com 620.945 (5,5%), totalizando 48,1% da população total. Dos 497 municípios do RS, 388 (78%) possuem menos de 20.000 habitantes e o município mais populoso é a capital gaúcha de Porto Alegre, com mais de 1.400.000 habitantes.

Os determinantes e condicionantes do processo de saúde - doença referem-se às condições sociais, econômicas, ambientais, de habitação e de trabalho que influenciam no estado de saúde da população.

Condicionantes econômicas, sociais, ambientais, de habitação e de trabalho

Segundo os últimos dados disponibilizados pelo IBGE, em novembro de 2019, referentes ao ano de 2017, o RS é a quarta economia do Brasil pelo tamanho do PIB, chegando a R\$ 423 bilhões. O RS participa com 6,4 do PIB nacional.

O PIB per capita do RS, em 2017 atingiu o valor de R\$ 33.737,10. Observando-se esse valor pelas 30 Regiões de Saúde, constata-se que existe uma concentração de produção de bens e serviços em algumas partes do território gaúcho. As regiões de Saúde que atingiram os maiores valores foram: R24 (54.986,70), R12 (51.476,23), R08 (50.150,74), R17 (43.254,54) e R13 (39.294,20). Já as Regiões de saúde com os menores valores foram: R27 (22.505,96), R04 (23.292,06), R09 (24.370,21), R21 (24.659,60) e R15 (25.342,37).

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

Em 2018, foi realizado levantamento que identificou a cobertura de planos de saúde privados no estado. As Regiões de Saúde que apresentaram maior cobertura de planos de saúde privados foram: R23 (47%), R26 (44%), R10 (38%), R25 (37). Três dessas Regiões de Saúde localizam-se na Macrorregião Serra (R23, R 25 e R26) e uma na Macrorregião Metropolitana (R 10). Já as Regiões de Saúde que tiveram menores coberturas de planos de saúde privados foram: R2 (5%), R20 (5%), R18 (6%) e R27 (6%).

A compreensão da determinação social do processo saúde-doença direciona o olhar para as iniquidades em saúde como produto das desigualdades sociais, econômicas, ambientais, de habitação e de trabalho. O Programa Bolsa Família (PBF) tem como foco as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, assim definidas de acordo com determinado corte de renda familiar per capita.

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

No RS, o percentual de acompanhamento tem mostrado tendência de aumento em anos recentes. Em 2018, o total de indivíduos para acompanhamento no estado foi de 626.108, dos quais a saúde acompanhou 460.132 (73,49%), passando em 2019 para 634.154, dos quais a saúde acompanhou 472.637, que correspondem a 74,53%.

Com relação a escolaridade da população gaúcha, dados do PNAD contínua anual (2019) do IBGE demonstram que o nível de instrução das pessoas com 14 anos ou mais de idade com maior contingente populacional é o ensino fundamental incompleto ou equivalente (33,00%), seguido de nível médio completo ou equivalente (25,40%) e do superior completo (14,40%). Em relação a população sem instrução o índice foi de 2%.

Quanto ao nível de instrução, se comparado por sexo, existem mais mulheres no nível sem instrução (2,14%) do que homens. As maiores diferenças aparecem no nível fundamental incompleto ou equivalente, onde prevalecem os homens (34,34%) em relação às mulheres (31,78%), e no nível superior completo, onde o percentual de mulheres (16,33%) se sobressai sobre o de homens (12,28%).

O índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese) é um indicador composto por três blocos - Educação, Renda e Saúde - e é utilizado para mensurar o nível de desenvolvimento dos municípios do RS. Referente ao Bloco Educação, para o ano de 2016, nenhuma das 30 Regiões de Saúde do RS situou-se na categoria com valores altos ou baixos, permanecendo todas com valores médios. As cinco Regiões de Saúde que atingiram os maiores valores foram respectivamente: R25 (0,785), R26 (0,780), R14 (0,764), R29 (0,759) e R16 (0,752). Já as Regiões de Saúde com os menores valores foram: R24 (0,632), R10 (0,672), R9 (0,689), R21 (0,689), R8 (0,692).

De acordo com o IBGE, a População Economicamente Ativa (PEA) compreende o potencial de mão-de-obra com que pode contar o setor produtivo; a oferta efetiva de trabalho numa economia. No Brasil, o cálculo é feito para pessoas entre 14 anos ou mais, configurando a idade laboral. No RS, o número total da PEA no mês de março/2020 foi 9.570 pessoas, e a distribuição

da força de trabalho, quando configurada por sexo, apontava que 51,93% da PEA era do sexo feminino. Entre março/2019 e março/2020 houve uma redução de 0,82% da participação deste contingente, e a participação masculina passou de 47,25% para 48,07% no mesmo período.

Dados do IBGE demonstram que a população ocupada diminuiu 0,17% no primeiro trimestre de 2020 (58,30%), se comparado ao ano anterior (58,47%), enquanto o percentual de população desocupada aumentou em 0,19%. Manteve-se estável o número de pessoas fora do mercado de trabalho, contudo, este contingente representa 36,4% da PEA, ou seja, mais de 1/3 da população em idade laboral está fora do mercado de trabalho. Este número expressivo tem um custo social preocupante, pois é possível inferir que a renda destas pessoas decorre de outras fontes que não o salário.

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

Com relação ao nível de escolaridade da PEA, o maior contingente tem o nível fundamental incompleto (32,7%) e este percentual não sofreu variação no último ano. Contudo, houve redução 0,74% na faixa de ensino médio completo e aumento de 0,88% na participação do ensino superior completo. O nível de escolaridade reflete diretamente no tipo de ocupação e na faixa salarial.

O número de requisições de seguro-desemprego no período de janeiro/2019 a julho/2020 aumentou. Se compararmos o mês de maio/2020 com o mesmo mês no ano anterior, percebe-se um aumento de 70,31%. Este aumento está relacionado diretamente à situação de isolamento social adotada em função da pandemia de COVID-19 que atingiu o RS neste período.

Sobre **os agravos à Saúde do Trabalhador**, de acordo com dados do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de 2016 a 2019 as notificações de agravos vêm aumentando gradualmente, conforme a Figura 23. Em 2019 foram notificados 56.473 agravos, sendo 92,7% por acidentes de trabalho e 7,3% por doenças. Dentre os acidentes de trabalho, 91,3% ocorreram no local de trabalho e 8,7% no trajeto. Quanto ao sexo, 68,2% acometeram trabalhadores do sexo masculino e 31,8% atingiram o sexo feminino. Cabe ressaltar que em relação aos acidentes e adoecimentos envolvendo crianças e adolescentes no trabalho, o número de casos notificados em 2019 foi de 449 (0,8%). A faixa etária de 18 a 29 anos apresentou o maior número de

ocorrências. Mais da metade dos agravos atingiram celetistas (68,9%), seguidos de autônomos (12,3%). Na zona urbana, ocorreram 77,22% dos agravos e na rural 18,15%, sendo os restantes ignorados. Dentre os acidentes de trabalho, os principais agravos (em quantitativos) foram os ferimentos (34,41%) e traumatismos (13,8%). Entre os ferimentos, a maior parte ocorreu na região do punho e da mão. Referente à atividade econômica, os setores com trabalhadores mais atingidos foram: indústria de transformação (35,1%), saúde e serviços sociais (14,8%), agricultura (13,1%), comércio (10,6%) e construção civil (8%).

Quanto às notificações de agravos, as cinco Regiões de Saúde com maiores taxas são R5, R14, R16, R23 e R1, enquanto as menores taxas estão nas Regiões R2, R6, R7, R8 e R19. Em relação aos **óbitos relacionados ao trabalho no RS**, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), de 2016 a 2019 ocorreram 1.043 óbitos, sendo 279 em 2016, 269 em 2017, 236 em 2018 e 259 em 2019. As investigações de óbitos relacionadas ao trabalho têm apresentado evolução crescente: 39,78% (2016), 54,44% (2017), 54,85% (2018) e 71,15% (2019).

Do total de casos suspeitos de intoxicação por agrotóxicos (agrotóxico de uso agrícola, agrotóxico de uso doméstico, saúde pública, produto veterinário, raticida) nos municípios do RS, registrados no SINAN, no período de 2011-2019, a exposição e ou contaminação foi decorrente do trabalho ou ocupação em 48% dos casos.

Conforme apresentado, o RS tem nas **atividades agropecuárias** uma das suas principais atividades econômicas, sendo que o modelo produtivo da agropecuária convencional utiliza um grande **volume de agrotóxicos**. Estes produtos também são amplamente utilizados no controle de vetores e pragas urbanas, em uso doméstico, em uso veterinário, em saúde pública, em jardinagem amadora, entre outros.

Esta realidade representa riscos à saúde para a população, que é exposta direta ou indiretamente aos agrotóxicos, seja por contato dérmico, inalação, ingestão de alimentos e água com resíduos de agrotóxicos, via placentária ou pelo leite materno, além das populações expostas à deriva das pulverizações nas zonas urbanas de municípios produtores agrícolas. Um dos indicadores da vigilância e atenção em saúde das populações expostas aos agrotóxicos é o registro no sistema de informação SINAN dos casos de intoxicação exógena por agrotóxicos, que faz parte da lista de agravos de notificação compulsória desde 2011. Na série histórica de 2011 a 2019, muitos municípios nunca realizaram a notificação destas ocorrências, sendo considerados silenciosos.

Quanto às **condições de habitação** têm relação direta com a saúde biológica e o bem-estar psicológico e social de seus habitantes. A qualidade do ar interior, a ventilação, a

luminosidade, a temperatura interior, o ruído, a acessibilidade, a dimensão da casa e uma eventual superlotação são fatores que concorrem para o nível de saúde de seus residentes.

Para a prevenção de problemas de saúde com possível origem na habitação, como doenças respiratórias, acidentes domésticos, tuberculose, faz-se necessário atentar para a população que habita moradias cujas vedações não impedem a entrada de insetos e roedores, nas produzidas com materiais inadequados, que possam ser tóxicos, e nas que possuem pouca ou nenhuma ventilação e iluminação naturais, que aliadas a presença de umidade, contribuem para o desenvolvimento de agentes patogênicos que podem originar riscos à saúde dos moradores.

Dados da PNAD contínua anual (2019) retratam que no RS a maioria dos domicílios é da tipologia casa (82,82%). Em relação à condição de ocupação do domicílio, 77,60% dos gaúchos habitam imóveis próprios e 14,97% imóveis alugados. E termos de adensamento, os domicílios tinham, em média, 2,6 moradores, sendo que 7,34% das moradias eram ocupadas por cinco ou mais moradores.

Segundo dados da PNAD contínua anual (2019), o percentual de residências que possuem sistemas de esgotamento sanitário conectado à rede é de 70,54%. Ainda é grande a exclusão sanitária de parte significativa da população gaúcha, pois 29,46% das ligações de esgoto não são acompanhadas pelo respectivo tratamento, sendo parte dele lançado no ambiente. Quanto ao tipo de destinação do lixo, em 89% das residências os resíduos são coletados diretamente, em 6% são coletados em caçamba de serviço de limpeza, e em 5% dos casos os resíduos são queimados ou tem outro destino.

O saneamento básico ausente ou inadequado é um dos mais importantes fatores sociais determinantes de saúde, afetando a população e aumentando a demanda por serviços de saúde, estando relacionado a doenças como diarreias, hepatite A, dengue, zika vírus, conjuntivites, esquistossomose, leptospirose, dentre outras. Incentivar a construção de habitações mais saudáveis, seguras e sustentáveis é uma estratégia de promoção da saúde e bem-estar de indivíduos e populações.

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

Os mananciais superficiais ficam mais expostos a fontes de contaminação e exigem um tratamento mais completo, incluindo a filtração para remover partículas em suspensão, bem como remover protozoários patogênicos que não são removidos pela desinfecção com cloro. O RS possui 198 Estações de Tratamento de Água que utilizam mananciais superficiais ou mistos, sendo que 173 delas foram inspecionadas no ano de 2019, correspondendo a 87% da meta.

Ainda em 2019, observou-se que 10,33% da população consumia **água oriunda de soluções alternativas**, ou seja, pelo menos 1.170.408 pessoas não estavam conectadas à rede de abastecimento de água, fazendo uso, muitas vezes, de uma fonte de água não segura, pela ausência de tratamento adequado. Foram realizadas 3.006 inspeções sanitárias em sistemas e soluções alternativas coletivas que utilizam manancial subterrâneo no ano de 2019, próximo à meta de 3.187 inspeções definida no PES 2016-2019. Reconhecida como um importante risco à saúde, a presença de *Escherichia coli* em SACs, foi contemplada em uma meta proposta para o PES 2016-2019, e como um indicador de resultados em nível estadual, objetivando reduzir esta inconformidade de 15% em 2016 até o percentual de 2% em 2019.

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

Violências

A OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias). No RS, em 2017, a **violência física** foi a mais notificada pelos trabalhadores da saúde e da rede intersetorial, seguida pelas violências psicológica e lesão autoprovocada, conforme as taxas de notificação apresentadas. A negligência, em quarto lugar, está mais restrita a alguns ciclos de vida, como infância e velhice, enquanto a violência sexual foi o quinto tipo de violência mais notificado. Taxas menores de violência sexual podem estar relacionadas às características desse

tipo de violência, que ocorre mais comumente no âmbito intrafamiliar e é cercado por estigma social, necessitando mais atenção dos profissionais para sua identificação.

Outra questão importante a ser destacada é a **violência contra a mulher**. Segundo os dados da Secretaria de Segurança Pública, no estado do RS, foram registrados 83 feminicídios em 2017, com aumento para 116 casos em 2018 e total de 97 em 2019. Quanto à lesão corporal dolosa classificada em violência doméstica contra a mulher, foram identificados 22.960 casos em 2017 e 21.815 em 2018. Em relação à violência sexual, houve 1.661 registros de estupros em 2017 e 1.712 em 2018. No entanto, é importante salientar que, conforme aponta a última pesquisa nacional de vitimização de estupros, apenas, 7,5% das vítimas de violência sexual notificam os casos à polícia no país (BRASIL, 2013). Diante desses dados, percebe-se que entender a perspectiva de gênero que envolve a violência é parte estruturante para a organização de ações da gestão pública que venham a qualificar e ampliar a rede de saúde para atender de forma integral e humanizada as mulheres.

No que tange aos dados epidemiológicos da **população em situação de rua**, algumas caracterizações merecem distinção. A análise e avaliação das situações de violência no RS entre 2014 e 2017 (CANAVESE et al., 2018) demonstrou que apenas 1,17% das fichas de notificação de agravos por violência interpessoal e autoprovocada tiveram a opção “Situação de rua” assinalada, o que corresponde em números absolutos a 899 de 76.478 fichas de notificação, índice que pode ser interpretado como baixo. A dificuldade de entendimento para preenchimento das fichas levanta o questionamento sobre o quanto as equipes de saúde estão preparadas para identificar e abordar de maneira adequada os usuários no que se refere às situações de violência. Ainda assim, os percentuais de violência mais significativos para a população de rua foram: violência física (85,1%), violência psicológica/moral (35,3%), violência autoprovocada (7,5%), negligência/abandono (7,3%) e violência sexual (6,5%).

Em relação à **violência cometida contra a população negra no RS**, entre 2014 a 2017 ocorreram 12.749 notificações no SINAN, conforme a Tabela 4. Percebe-se um aumento gradual na série histórica analisada, sendo 23,1% (2.948) em 2014; 24,1% (3.075) em 2015; 24,2% (3.084) em 2016 e 28,6% (3.642) em 2017.

É importante ressaltar que existe um elevado número de fichas de notificação com o campo “Outros” (30,10%), “Ignorado” (25,59%) e “Sem preenchimento” para a motivação da violência (18,47%), o que prejudica a qualidade da informação. O **racismo estrutural e institucional** afeta o registro e a qualidade da informação no país, motivo pelo qual urge políticas públicas efetivas para reverter este cenário e garantir a implementação de práticas antirracistas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS; SES/RS, 2018).

O aumento no número de casos de violência no país e no estado, bem como das sequelas deixadas nas vítimas, trouxe desafios ao sistema de saúde: construir e consolidar outras formas de abordagem da atenção à saúde, da vigilância, da prevenção e da promoção da saúde. Além disso, o medo de denunciar e a subnotificação de casos ainda são barreiras para que se possa conhecer os reais dados da violência no país.

4. COMPONENTES DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 3, Anexo IV, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é composta pela Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e pela Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

É fundamental a articulação entre os componentes da RCPcD, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários, tais como: acessibilidade, comunicação, manejo clínico, medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função e medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual.

Em conformidade com o Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, o Estado do Rio Grande do Sul definiu 30 Regiões de Saúde e 7 Macrorregiões (figura 1), as quais são a base para o planejamento em saúde. De acordo com o referido decreto que regulamentou a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, considera-se Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

O Plano de Ação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência está retratado por Macrorregiões de Saúde e suas respectivas Regiões.

Figura 1 – Mapa Regiões e Macrorregiões de Saúde



Fonte: SES/RS

4.1 ATENÇÃO BÁSICA

As ações e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) são ofertados nos 497 municípios do estado, em 2.630 Unidades de Saúde e 228 Academias da Saúde. A SES/RS elencou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso da população ao SUS. A ESF hoje está presente em 485 municípios do RS, com 2.124 equipes trabalhando nos territórios junto às famílias e comunidades, cobrindo 59% da população. No total, os municípios do RS possuem 2.721 equipes de APS em suas diferentes modalidades.

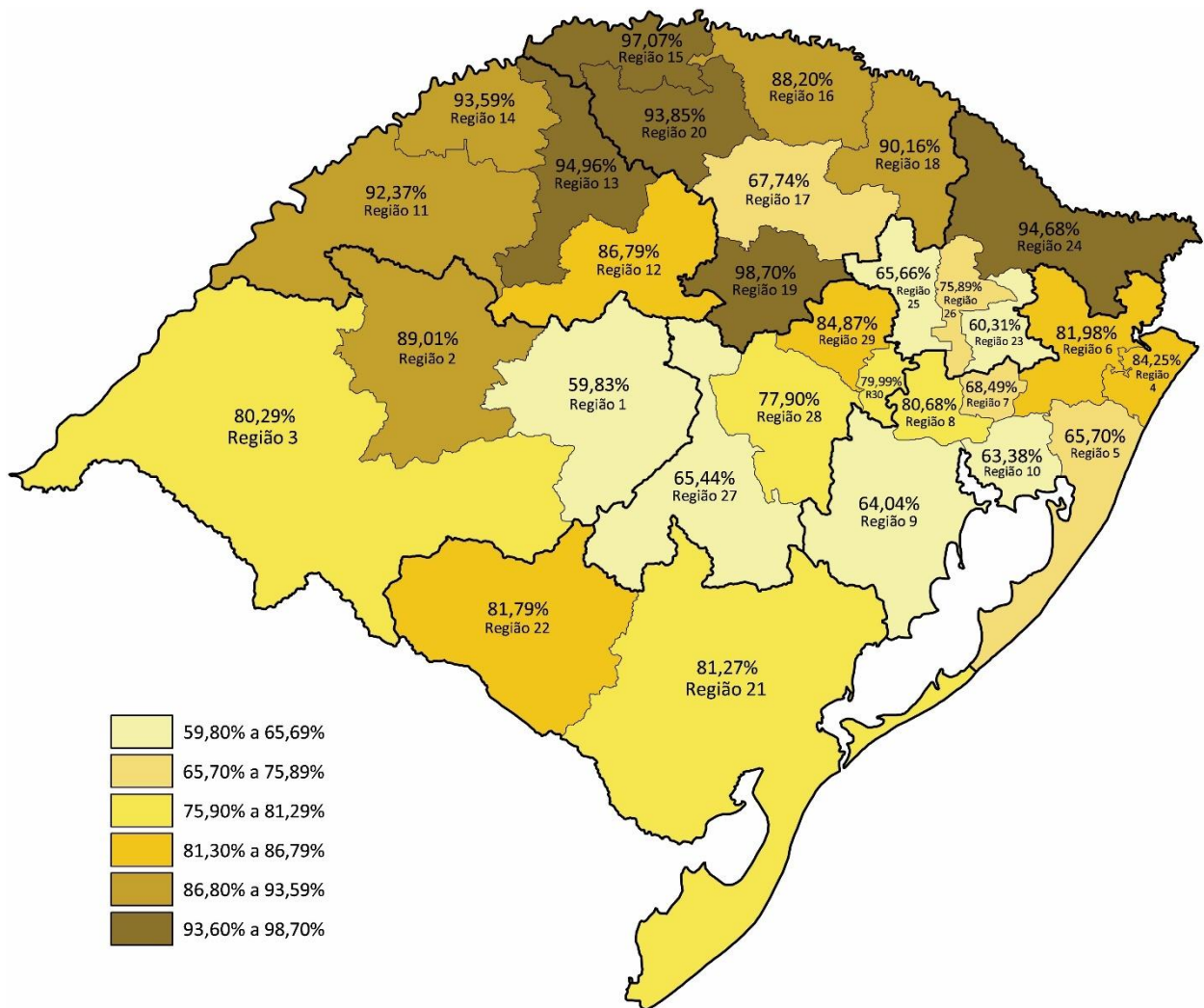
Em relação à cobertura de ESF, 19 Regiões de Saúde apresentam proporção acima da média estadual (59%) a maioria delas na Macrorregião de Saúde Norte e em municípios de pequeno porte, sendo a R15 a que apresentou maior cobertura (94,36%). Por outro lado, 11 Regiões de Saúde apresentam cobertura de ESF menor que a média estadual (R1, R5, R7, R9, R10, R17, R23, R25, R27, R28, R30), a maioria concentrada nas Macrorregiões de Saúde Metropolitana, Serra e Vales, que possuem municípios de grande porte e elevada densidade populacional. A R23 apresentou a menor cobertura (35,78%).

Mesmo que a ESF esteja presente em 96% dos municípios, e que seja o modelo prioritário para a organização e qualificação da APS, a cobertura estadual de ESF alcança somente 59% da população do RS. Além disso, são muitos os desafios para instituir diretrizes de acesso, de qualificação dos processos de trabalho e de cuidado e resolutividade nesse nível de atenção. Sabe-se que existem equipes que ainda restringem o acesso dos usuários, utilizando como metodologia de acesso a distribuição de fichas, criando barreiras e filas desnecessárias e não utilizando critérios de classificação de risco ou de equidade para acesso ao serviço.

Além disso, há diferenças expressivas entre os municípios em relação à cobertura de ESF, o que exige apoio para execução dos Planos Municipais de Saúde e qualificação da APS. Dentre os 497 municípios, 415 (83,50%) possuem cobertura de ESF maior do que a média do estado e, dentre esses, a média de cobertura é de 94,22%. Já em relação aos municípios com cobertura de ESF menor do que a do estado, 82 (16,50%) possuem, em média, cobertura de 32,02%. Em relação à população cadastrada nessas equipes, o estado totalizou 5.558.759 cadastros no 3º quadrimestre de 2019.

Em relação à cobertura de Atenção Básica, por Região de Saúde, verifica-se, conforme destaca a Figura 2, que nove Regiões de Saúde (R1, R5, R7, R9, R10, R17, R23, R25 e R27) apresentam cobertura inferior à média estadual (74,29%), sendo que a menor cobertura é a da R1(59,83%). As demais 21 Regiões possuem cobertura superior à do RS e a R19 apresenta a maior cobertura (98,70%) do período.

Figura 2 – Mapa cobertura Atenção Básica



Fonte: eGestor

Em relação ao processo de cuidado e resolutividade, atenta-se para a fragilidade das equipes na atenção às pessoas com condições crônicas. Apesar do aumento da cobertura de ESF ao longo dos anos e, conseqüentemente, do aumento da oferta de consultas, estudos evidenciam que (DOMINGUEZ, 2007) apenas 10% dos portadores de diabetes tipo 1 apresentaram níveis glicêmicos controlados; apenas 27% dos portadores de diabetes tipo 2 apresentaram níveis glicêmicos controlados; 45% dos portadores de diabetes apresentaram sinais de retinopatias; 44% dos portadores de diabetes apresentaram neuropatias e 16% dos portadores de diabetes apresentaram alterações renais.

Tais dados sugerem a necessidade de ações estruturadas para incentivar mudanças nos hábitos de vida da população, a exemplo de estratégias para incorporação do autocuidado, de alternativas e espaços para as ações de promoção de saúde para a população adulta e ampliação de

acesso à APS. Visando ampliar a oferta da rede de serviços, a resolutividade, o escopo e a abrangência das ações da APS, o RS contava, em dezembro de 2019, com 229 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em 201 municípios (40% do estado). Apesar de não haver mais recurso financeiro específico para essas equipes, sabe-se que a multidisciplinaridade contribui para a ampliação do escopo de ação e qualifica o acesso e o cuidado na APS. As equipes multidisciplinares ampliam a resolutividade deste nível de atenção, principalmente em casos mais complexos, desenvolvendo ações de matriciamento e de atendimento direto à população. Profissionais importantes para o acesso da população, 10.362 Agentes Comunitários de Saúde estão presentes em 484 municípios do estado (97% do total) realizando a integração dos serviços de saúde da AB com a comunidade.

Outra ação que possibilita qualificação e resolubilidade da prática clínica na APS no RS é o TelessaúdeRS (BRASIL, 2011). O projeto compreende ações de teleconsultoria, teleeducação e telediagnóstico voltadas aos profissionais que trabalham na APS (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares em saúde bucal, ACS, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos). As teleconsultorias disponibilizam apoio aos trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde sobre casos e procedimentos clínicos, processo de trabalho, educação em saúde e planejamento, monitoramento e avaliação de ações em APS. O objetivo é apoiar a resolução dos problemas de saúde dos usuários de maneira mais rápida, bem como qualificar os encaminhamentos aos demais níveis de atenção. Tal estratégia se consolida como uma ferramenta de educação permanente para os profissionais e amplia a resolutividade das equipes.

Visando aprimorar a resolubilidade e a coordenação do cuidado da APS no RS, a SES/RS coordena, desde 2015, a Planificação da Rede de Atenção à Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2017), em parceria com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e, desde 2019, com o Hospital Israelita Albert Einstein via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). A Planificação da Rede de Atenção à Saúde pretende problematizar e refletir sobre o papel da APS como ordenadora da rede, fornecendo apoio técnico às equipes gestoras municipais e trabalhadores da área, para qualificar a organização da rede de acordo com os princípios do SUS e do cuidado integral entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário. No RS, o projeto visa promover a organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde, definir os fluxos e induzir pactuação com vistas ao aumento da resolutividade das redes de atenção à saúde.

Destaca-se também o Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2007), estratégia para integração entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade

escolar, envolvendo as equipes de Saúde da Família e da Educação Básica. O estado possui 4.377 escolas inseridas no PSE, distribuídas em 427 municípios, com 2.451 equipes, alcançando 1.039.330 alunos, além de 1.336 creches, nas quais estão vinculadas 85.372 crianças.

Ainda no âmbito da Atenção Básica em Saúde, ressalta-se o Primeira Infância Melhor (PIM), política pública estadual de promoção do desenvolvimento integral da primeira infância. O PIM tem como objetivo fortalecer as competências familiares para o cuidado, proteção e educação de suas crianças, desde a gestação até os seis anos de idade. Desenvolve-se por meio de visitas domiciliares e atividades grupais realizadas semanalmente, junto a famílias em situação de risco e vulnerabilidade social, O PIM constitui-se como mais um dispositivo da RAS, atuando no fortalecimento da atenção básica em saúde e articulando-se também às políticas de educação e assistência social.

Na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o PIM contribui para o fortalecimento do protagonismo das famílias na promoção do desenvolvimento integral de suas crianças, apoiando os pais e cuidadores a superar desafios frente às limitações e dificuldades que se apresentam, bem como identificar e valorizar o potencial de seus filhos. Articula-se com a RCPcD nas ações de promoção e prevenção, diagnóstico precoce, acesso aos serviços e procedimentos, qualidade e humanização da atenção. A atenção domiciliar permite o acompanhamento semanal do processo evolutivo da criança, contribuindo para identificação de avanços e/ou fragilidades e, sobretudo, para a prevenção de possíveis deficiências. Atualmente o PIM está presente em 222 municípios do estado com capacidade para atender 52.920 famílias.

4.1.1 Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos do Programa Academia da Saúde. Esses polos são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia Saúde da Família.

No Rio Grande do Sul, 267 municípios estão habilitados para construção e implantação de 346 polos, sendo que destes, 297 estão concluídos.

O Programa Academia da Saúde é embasado em oito eixos estruturantes para suas ações e ofertas em saúde: Práticas corporais e atividades físicas; Produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; Promoção da alimentação saudável; Práticas Integrativas e Complementares; Práticas artísticas e culturais; Educação em Saúde; Mobilização da comunidade; Planejamento e gestão.

Cabe destacar, no componente de Práticas corporais e atividades físicas, a possibilidade de oferta de atividades físicas adaptadas (AFA), que abordam as dificuldades biopsicossociais das pessoas que possuem algum tipo de deficiência, seja física, sensorial ou intelectual, de modo a contribuir no processo de inclusão social, quebra de estigmas e promoção da saúde.

4.2 Saúde Bucal

O RS possui 372 municípios com equipes de Saúde Bucal (eSB), totalizando 1.028 equipes vinculadas às equipes de APS em suas diferentes modalidades (a maioria eSF), possibilitando a ampliação do acesso da população aos profissionais e práticas da Saúde Bucal. O estado do RS conta ainda com seis Unidades Odontológicas Móveis. As eSB contribuem para o aumento da resolubilidade da APS, visto que são orientadas tanto para ações de promoção e prevenção da saúde, quanto para a prática clínica. Estas equipes respondem pelo cuidado em todos os ciclos de vida: criança, adolescente, adultos e idosos.

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

A Política Estadual de Saúde Bucal tem realizado vários projetos, tais como o Projeto Maio Vermelho, que realiza campanhas e ações para orientar a população quanto à existência do câncer de boca e o Projeto SBBrasil 2020 - Pesquisa Nacional em Saúde Bucal, que tem como objetivo avaliar as condições de saúde bucal da população brasileira. Além disso, dentre as estratégias da Política Estadual de Saúde Bucal, encontra-se a Semana Estadual da Promoção da Saúde Bucal, instituída através da Lei Nº 11.717/2002.

Destaca-se ainda o Estomato Net, serviço de telediagnóstico para doenças que se manifestam como lesões na boca e cujo objetivo é dar suporte aos profissionais de saúde no que diz respeito ao diagnóstico e manejo de lesões bucais, evitar encaminhamentos desnecessários e diminuir o tempo de espera para consulta em serviço especializado para os casos de alto risco para neoplasia. Esse projeto é realizado pelo Telessaúde RS/UFRGS, com financiamento e apoio da SES-RS e Ministério da Saúde. A atenção secundária e terciária em Saúde Bucal no RS atende ao modelo de georreferenciamento, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

A gestão estadual realiza monitoramento de produção e qualificação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), estabelecimentos que prestam serviços de média

complexidade em saúde bucal e têm como objetivo garantir a referência e contrarreferência para as equipes de saúde bucal na APS. O RS tem baixa cobertura populacional de CEO, contando com 39 serviços habilitados, com uma distribuição não homogênea entre as Regiões de Saúde. Além disso, o estado possui 140 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) habilitados. Uma das ações prioritárias da Política Estadual de Saúde Bucal é a ampliação, monitoramento de produção e qualificação dos LRPD.

Na atenção terciária, o estado do RS realiza atendimento odontológico em nível hospitalar em pacientes com deficiência - PcD no Hospital Bom Pastor em Igrejinha, que atende a região Metropolitana; no Hospital Geral de Caxias do Sul, Hospital de Caridade de Ijuí e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas em Porto Alegre para seus municípios. O estado também é responsável pelo atendimento hospitalar em cirurgia bucomaxilofacial - CBMF em todas as regiões.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) estão localizados nos seguintes municípios:

Tipo 1 - Bagé, Bento Gonçalves, Cachoeirinha, Canoas, Erechim, Getúlio Vargas, Gravataí, Ijuí (3), Lajeado, Montenegro, Pelotas, Santiago, Santo Ângelo, São Borja, São Leopoldo, São Lourenço do Sul, São Luiz Gonzaga, Osório, Panambi, Tapera, Uruguaiana

Tipo 2 - Alegrete, Alvorada, Pelotas, Porto Alegre (6), Rosário do Sul, Santa Maria, São Sepé, Passo Fundo.

Tipo 3 - Canguçu, Caxias do Sul

Com relação à Saúde Bucal, a tabela abaixo mostra a estimativa de população com cobertura de ES com saúde bucal, o percentual de cobertura de SFFSB, a estimativa de população com Saúde Bucal na Atenção Básica, bem como o percentual de cobertura de SBAB, como e cobertura da bucal nas 30 Regiões de Saúde do Estado.

IBGE	Região de Saúde	População	Nº ESFSB Cob.	Estim. Pop. Cob. ESFSB	Cob. ESFSB	Estim. Pop. Cob. SB AB	Cob. SB AB
43001	R1 Verdes Campos	436.807	31	102.145	23,38%	159.295	36,46%
43002	R2 Entre Rios	123.022	22	75.900	61,69%	78.111	63,49%
43003	R3 Fronteira Oeste	458.083	42	144.012	31,43%	234.537	51,19%
43004	R4 Belas Praias	160.805	11	35.534	22,09%	74.531	46,34%
43005	R5 Bons Ventos	236.258	33	112.854	47,76%	138.129	58,46%
43006	R6 Vale do Paranhana e Costa Serra	235.000	13	42.134	17,92%	69.059	29,38%
43007	R7 Vale dos Sinos	829.904	43	148.350	17,87%	278.077	33,50%
43008	R8 Vale do Caí e Metropolitana	778.841	71	241.769	31,04%	380.521	48,85%
43009	R9 Carbonífera/Costa Doce	413.183	19	65.550	15,86%	111.600	27%

43010	R10 Capital e Vale do Gravataí	2.369.210	181	624.968	26,37%	924.743	39,03%
43011	R11 Sete Povos das Missões	279.639	50	161.185	57,64%	186.217	66,59%
43012	R12 Portal das Missões	151.846	30	91.897	60,51%	109.597	72,17%
43013	R13 Diversidade	229.293	52	155.352	67,75%	168.119	73,32%
43014	R14 Fronteira Noroeste	223.910	49	150.268	67,11%	169.493	75,69%
43015	R15 Caminho das Águas	182.722	47	137.200	75,08%	154.791	84,71%
43016	R16 Alto Uruguai Gaúcho	232.942	31	75.429	32,38%	106.284	45,62%
43017	R 17 Planalto	416.446	51	156.542	37,58%	211.748	50,84%
43018	R18 Araucárias	133.202	22	69.808	52,40%	102.109	76,65%
43019	Região 19 Botucaraí	117.302	16	50.077	42,69%	69.360	59,12%
43020	R20 Rota da Produção	163.205	44	116.471	71,36%	134.421	82,36%
43021	R21 Sul	878.951	70	237.199	26,98%	391.104	44,49%
43022	R22 Pampa	188.345	9	30.284	16,07%	69.235	36,75%
43023	R23 Caxias e Hortênsias	620.945	38	131.790	21,22%	206.565	33,26%
43024	R24 Campos de Cima da Serra	99.809	9	28.570	28,62%	51.370	51,46%
43025	R5 Vinhedos e Basalto	317.563	30	95.216	29,98%	150.447	47,37%
43026	R26 Uva Vale	189.350	18	59.694	31,52%	92.094	48,63%
43027	R27 Jacuí Centro	203.016	19	63.805	31,42%	74.305	36,60%
43028	R28 Vinte e Oito	351.490	31	106.585	30,32%	193.585	55,07%
43029	R29 Vales e Montanhas	225.922	28	76.030	33,65%	102.761	45,48%
43030	R30 Vale da Luz	130.228	11	37.184	28,55%	62.384	47,90%

Fonte: SES/RS

4.3 Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS. Este componente tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar, para a humanização da atenção à saúde, a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou a redução do período de permanência de usuários internados, viabilizando a disponibilização de leitos hospitalares para a retaguarda das urgências e a preservação dos vínculos familiares. A Atenção Domiciliar é organizada em três modalidades: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) 1 e 2 e Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP). É uma modalidade de atenção substitutiva ou complementar às já existentes. No estado, existem 59 equipes habilitadas (EMAD 1: 40; EMAD 2: 7; EMAP: 12), distribuídas em 15 Regiões de Saúde (R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R14, R21, R22, R23, R25, R26 e R28).

4.4 Saúde da Criança

O objetivo da Política Estadual da Saúde da Criança, instituída em 2010, é desenvolver ações a partir de uma visão integral de promoção à saúde e prevenção de danos à criança, em todos os níveis de atenção, de forma humanizada, em tempo oportuno e com resolutividade, em conformidade com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O conjunto das ações desenvolvidas contempla a diversidade das necessidades de saúde dos usuários, no âmbito etnicorracial, de gênero, de risco e vulnerabilidade.

Já a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC, instituída em 2015, tem como propósito de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida. É composta por 7 eixos com ações estratégicas contempladas em cada um assim distribuídos: Atenção Humanizada e Qualificada à Gestação, ao Parto, ao Nascimento e ao Recém-Nascido; Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável; Promoção e Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Integral; Atenção Integral a Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas; Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz; Atenção à Saúde de Crianças com Deficiência ou em Situações específicas e de Vulnerabilidade e Vigilância e Prevenção do Óbito infantil, Fetal e Materno. (BRASIL, 2018)

Cabe destacar que, as ações previstas na PNAISC são transversais e que as estratégias preconizadas visam garantir promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos à saúde e a reabilitação, com o propósito de garantir atenção integral desde o nascimento, através das triagens e consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde visando garantir o diagnóstico e intervenção precoce de possíveis doenças em tempo oportuno, assim como medidas adequadas em todos os níveis de atenção, quando necessário. (BRASIL, 2018)

Visando qualificar a atenção à Saúde da Criança integralmente na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, torna-se fundamental que as equipes técnicas dos serviços conheçam os diferentes pontos de atenção da rede de serviços, assim como os níveis de atenção. Dessa forma, através da organização da rede de serviços torna-se possível proporcionar encaminhamento e atendimento da criança com deficiência, com a maior brevidade possível para a Atenção Especializada de forma compartilhada com a Atenção Básica.

Principais ações e parcerias: Logística e controle de distribuição da Caderneta da Criança, para todas as maternidades do Estado; Teste do Pezinho - Triagem Metabólica Neonatal Universal, realizada preferencialmente entre o 3º e o 5º dia de vida do bebê: 92.42% dos recém-nascidos (RN) triados em 2018, dados parciais; Teste do Olhinho - Triagem Neonatal do Reflexo Vermelho -

Realizada em todas as maternidades; Teste do Coraçãozinho - Triagem Neonatal de Cardiopatia Congênita Crítica – Oximetria de Pulso - Realizado em todas as maternidades; Orientação para registro das Triagens Neonatais na Caderneta da Criança e verificação pelo profissional de saúde que realiza puericultura; Ações intersetoriais com a Saúde da Pessoa com Deficiência (DAHA); Participação do Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência; Incentivo ao registro e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na Caderneta da Criança; Estímulo ao acompanhamento da criança através do cumprimento do calendário mínimo de consultas de puericultura preconizado pelo Ministério da Saúde; Incentivo Estadual para Ambulatório de Seguimento de Egressos de UTI Neonatal, com 13 serviços habilitados nas 7 macrorregiões; Disponibilização do Imunobiológico Palivizumabe, para prevenção de infecções respiratórias pelo Vírus Respiratório Sincicial, para bebês de acordo com os critérios: 1. Gestação abaixo de 29 semanas; 2. Cardiopatia Congênita com repercussão hemodinâmica; 3. Doença pulmonar crônica da prematuridade; Monitoramento da qualidade de atenção ao parto e ao nascimento, com a regionalização da atenção perinatal; Vigilância do Óbito Infantil, visando a redução do coeficiente de mortalidade infantil no Estado; Monitoramento do Método Canguru em 18 serviços habilitados e implantação na Atenção Básica dos municípios; Interface junto ao DRE para o desenho de fluxos pertinentes às demandas da Política de Saúde da Criança que demandam a Regulação Estadual; Interface com PIM; Elaboração e atualização de protocolos, notas técnicas, portarias, documentos normativos e resoluções relacionados à Política de Saúde da Criança e Apoio técnico aos serviços na organização e implantação efetiva do Cuidado Progressivo Neonatal (UTIN, UCINCo e UCINCa) para qualificação da assistência neonatal.

Quanto ao monitoramento da mortalidade infantil, em 2018, foram 1.360 óbitos de menores de 1 ano entre os 139.849 nascidos vivos, resultando um CMI de 9,72. Em 2020, está sendo implantado o Comitê Estadual da Vigilância da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, para o qual aguarda-se a publicação do Decreto que o institui.

A partir da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) foi constituído, em 2016, o Comitê Estadual para o enfrentamento da Microcefalia. Desde então, formou-se uma Rede de Atenção onde busca-se diagnosticar, classificar, reabilitar e acompanhar tanto na Atenção Primária (APS) quanto na Atenção Especializada, os casos com suspeita de microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central (SNC), causados pelas infecções congênicas do grupo STORCH + Zika. Esta rede intersetorial tem como base protocolos do Ministério da Saúde e documentos da SES/RS, construídos de forma integrada, com o objetivo de promover o cuidado integral tanto da gestante quanto da criança. Para orientar as ações desta rede, em 2016 foi construído um documento norteador conjunto entre Vigilância e Assistência: [ATENÇÃO À](#)

SAÚDE NA VIGILÂNCIA E ASSISTÊNCIA DA MICROCEFALIA E/OU ALTERAÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC), atualizado em 2018 e revisado conjuntamente no ano de 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202011/05155751-atencao-a-saude-na-vigilancia-e-assistencia-da-microcefalia-revista-e-atualizada-em-2020.pdf>

Considerando a necessidade de subsidiar as equipes de Atenção Básica do Estado do Rio Grande do Sul e qualificar a assistência à saúde da criança, a partir das diretrizes da (PNAISC) foi elaborada a Nota Técnica 01/2019 - Assistência à Saúde da Criança de 0 a 2 anos na Atenção Básica destacando assim, a necessidade de inserir a saúde da criança na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Nessa perspectiva, reforça que as ações de assistência materna e infantil realizadas pelas equipes de atenção básica são importantes na identificação de sinais de alerta de alterações no desenvolvimento infantil e atrasos nas aquisições neuropsicomotoras.

Triagens Neonatais

4.4.1 Triagem Neonatal Biológica - também conhecida popularmente como Teste do Pezinho (TP) é realizada pelo Serviço de Referência em Triagem Neonatal do RS (SRTN/RS) que funciona no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) em Porto Alegre. Este serviço é responsável pela realização dos Testes de Triagem (10.000 testes ao mês, em média) das seis doenças triadas, atualmente, pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) do Ministério da Saúde. O TP é coletado pelas Unidades de Saúde, distribuídas no RS e enviado ao SRTN/RS/HMIPV regularmente, através dos Correios (com recurso da SES).

Além da Triagem, o SRTN/RS faz busca ativa da criança com TP alterado, e realiza a confirmação diagnóstica, através de consulta médica (equipe multidisciplinar) e exames especializados e, após diagnóstico final, inicia o tratamento dos casos confirmados fazendo acompanhamento permanente da criança, em parceria com a Atenção Básica.

O número de TP realizados anualmente está em torno de 120.000 testes no sistema público (SUS) o que representa 80% dos Nascidos Vivos (NV) no Estado. O restante (20%) é realizado pela rede privada (CTN e outros laboratórios privados).

O TP deve ser coletado entre o 3º e o 5º dia de vida do recém-nascido, justamente para permitir que todo fluxo aconteça com a maior brevidade possível e que o tratamento seja iniciado em tempo hábil (em até 15 dias de vida, segundo Protocolo Internacional) especialmente nas doenças Hipotireoidismo Congênito e Hiperplasia Adrenal Congênita, que se não tratadas no tempo adequado podem levar à deficiência intelectual e óbito neonatal respectivamente

Em relação às demais 4 doenças do TP: a Fenilcetonúria, um "erro inato do metabolismo", o atraso do início da dieta adequada (antes dos 3 meses de vida) pode levar à deficiência intelectual e paralisia cerebral. Na Fibrose Cística, uma doença genética, o início precoce (no máximo até 1 mês de vida) do tratamento pode melhorar o prognóstico do bebê fibrocístico (graves problemas pulmonares). Nas Hemoglobinopatias, entre elas a Anemia Falciforme o início de tratamento (antes dos 4 meses de vida) e acompanhamento permite diminuição das suas complicações. A Deficiência de Biotinidase deve ser tratada até 1 mês de vida (ainda assintomáticos) para evitar convulsões e atraso grave no DNPM.

4.4.2 Triagem Auditiva Neonatal (TAN) - A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação o mais precocemente possível da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e sua família.

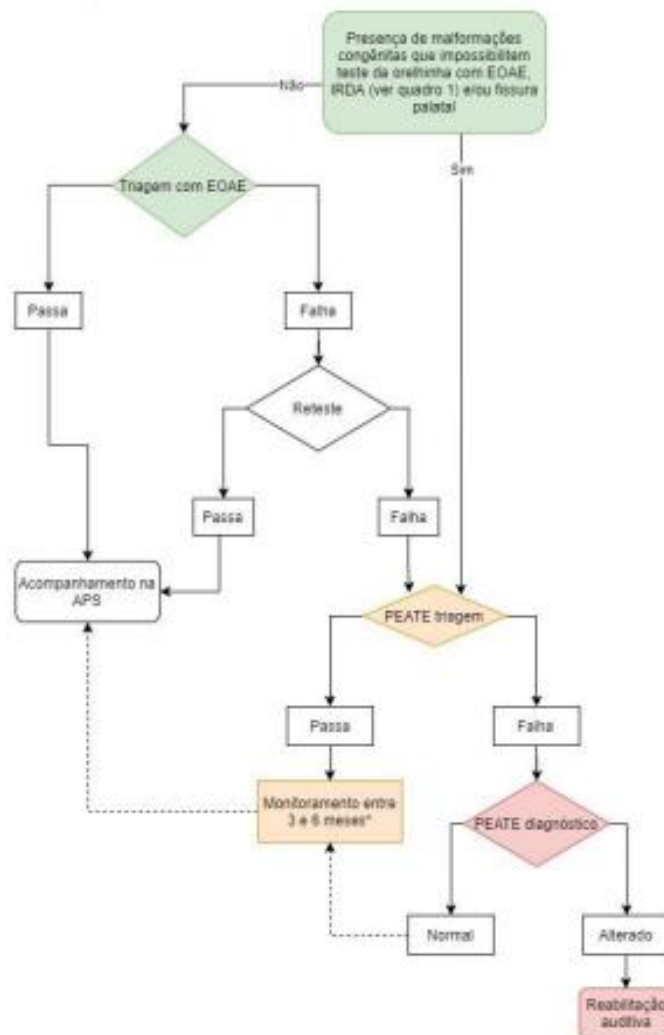
A realização da Triagem Auditiva Neonatal (TAN), também conhecida como “Teste da Orelhinha” tornou-se obrigatória a todos os recém-nascidos ainda na maternidade e/ou no máximo em seu primeiro mês de vida, a partir da publicação da Lei Federal de 12.303 de 2010.

A TAN detecta o funcionamento das células ciliadas da orelha interna, a partir da realização das emissões otoacústicas. Quando o bebê “passa” no teste, significa que o funcionamento da função coclear está intacta. Nestes casos, a palavra NORMAL deve ser anotada pelo fonoaudiólogo examinador, no campo correspondente da Caderneta da Criança, seguindo em acompanhamento na Atenção Básica. Quando o bebê apresentar algum indicador de risco para a deficiência auditiva, deverá ser reavaliado no 3º e 6º mês e anualmente até os 3 anos.

Nos casos em que o resultado da TAN estiver alterado, deverá ser seguido o fluxo estadual abaixo, definido no Protocolo de Encaminhamento para Reabilitação Auditiva (TELESSAÚDE, 2020) conforme figura abaixo, devendo constar a palavra ALTERADO no campo correspondente ao teste e reteste, se for o caso, na Caderneta da Criança.

No caso de deficiência auditiva permanente, o diagnóstico funcional e a intervenção iniciados antes dos seis meses de vida da criança possibilitam, em geral, melhores resultados para o desenvolvimento da função auditiva, da linguagem, da fala, do processo de aprendizagem e, conseqüentemente, a inclusão no mercado de trabalho e melhor qualidade de vida.

A Triagem Auditiva Neonatal faz parte de um conjunto de ações que devem ser realizadas para atenção integral à saúde auditiva na infância e está ligada à Reabilitação Auditiva, na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.



*Crianças com IRDA, mesmo que passem na triagem auditiva, devem ser reavaliadas entre 3 e 6 meses de vida, e anualmente até os três anos de idade, ou sempre que houver qualquer suspeita por parte dos pais.

Legendas:

Serviço de triagem auditiva local e/ou regional
Serviço de reabilitação auditiva local e/ou regional
Serviço de referência de reabilitação auditiva

EOAE = emissões otoacústicas evocadas; IRDA = indicadores de risco para perda auditiva; PEATE = potencial evocado auditivo de tronco encefálico; APS = atenção primária à saúde.

Fonte: Protocolos de encaminhamento para Reabilitação Auditiva Pediátrica (TELESSAÚDE, 2020).

4.4.3 Triagem Neonatal do Reflexo Vermelho (Teste do Olhinho) - Todos os nascidos devem ser submetidos ao teste do reflexo vermelho (TRV) antes da alta da maternidade e no decorrer das consultas pediátricas de rotina, pelo menos, duas a três vezes ao ano, nos três primeiros anos de vida. Uma vez detectada qualquer alteração, a criança deve ser encaminhada para diagnóstico e conduta precoce em unidade especializada. (Sociedade Brasileira de Pediatria).

Consiste na identificação, em tempo oportuno, de agravos como: a catarata congênita, glaucoma congênito, retinoblastoma, leucoma, inflamações intraoculares da retina e vítreo,

retinopatia da prematuridade (ROP) no estágio 5, descolamento de retina, vascularização fetal persistente e hemorragia vítrea. O diagnóstico precoce da maioria dessas doenças permite o tratamento apropriado a tempo de se evitar ou minimizar a deficiência visual, e, no caso do Retinoblastoma, o risco de vida da criança (Sociedade Brasileira de Pediatria) https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_20958d-DC_No1_set_2018-_Teste_do_reflexo_vermelho.pdf

O procedimento é simples e rápido. Uma fonte de luz sai de um aparelho chamado oftalmoscópio, onde é observado o reflexo que vem das pupilas, entre dois e três minutos. Quando a retina é atingida pela luz, os olhos saudáveis refletem tons de vermelho, laranja ou amarelo. Se houver alteração, não é possível observar o reflexo ou sua qualidade é ruim, esbranquiçada. A comparação dos reflexos dos dois olhos fornece informações importantes, como diferenças de grau entre olhos ou o estrabismo. Uma vez detectada qualquer alteração, a criança precisa ser encaminhada para o serviço especializado.

A Lei nº 13.411, de 05 de abril de 2010, tornou obrigatória no RS a realização do “Teste do Olhinho” nos recém-nascidos em maternidades e serviços hospitalares, para o diagnóstico de doenças oculares.

A prevenção da deficiência visual na infância necessita de uma atuação abrangente, desde atenção básica até o atendimento em serviços especializados de maior complexidade. A atuação multidisciplinar requer ações para promoção de saúde, medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces, além do acesso a serviços de atendimento a pessoas com baixa visão, educação especial, habilitação/reabilitação.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_saude_ocular_infancia_prevencao_deficiencias_visuais.pdf

4.4.4 Triagem Neonatal de Cardiopatia Congênita Crítica – Oximetria de Pulso (Teste do Coraçãozinho) - Instituída no RS, através da Lei n.º 14.046, de 09 de julho de 2012, garante a realização do “Teste do Coraçãozinho” em todos os recém-nascidos nas maternidades do Rio Grande do Sul.

Trata-se de um exame simples, indolor, rápido que deve ser realizado nos membros superiores e inferiores dos recém-nascidos e consiste em medir a oxigenação do sangue e os batimentos cardíacos com o auxílio de um oxímetro. Caso algum problema seja detectado, o bebê deve ser encaminhado para fazer um ecocardiograma. Se alterado, o encaminhamento deve ser realizado com a maior brevidade possível para o serviço especializado.

Conforme instituído por meio da Portaria n.º 20, de 10 de junho de 2014, deve ser realizado entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar. Visa a detecção precoce de malformações cardíacas graves, conforme o relatório n.º 115 com recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). (BRASIL,2018)

4.4.5 Avaliação do Frênulo Lingual (Teste da Linguinha) – A Lei Federal 13.002 de 2014 torna obrigatório o protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em bebês. Consiste em um exame padronizado que possibilita diagnosticar e indicar o tratamento precoce das limitações dos movimentos da língua causadas pela “língua presa” (frênulo lingual curto/anteriorizado) que podem comprometer suas funções: sugar, engolir, mastigar e falar.

4.5 Saúde do Idoso

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

A diminuição substantiva da mortalidade nas idades mais elevadas está fazendo com que, cada vez mais, um maior contingente populacional chegue às idades mais avançadas. Em 2010, os idosos com 80 anos ou mais de idade (longevos) representavam 1,9% (204.691) da população do RS; em 2019 esse grupo etário atingiu 2,7% (312.814) da população total. A expectativa é que esse percentual dobre na próxima década. A longevidade saudável é um resultado almejado do trabalho realizado pelo conjunto das políticas de saúde no RS, e considera não apenas a ausência ou o controle de doenças e de agravos, mas, principalmente, a manutenção da autonomia e da independência funcional pelo máximo de tempo possível, evitando ou retardando o declínio da capacidade funcional e promovendo a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento.

A articulação entre a Política Estadual da Pessoa com Deficiência e as ações de saúde direcionadas às pessoas idosas no âmbito do Estado são de suma importância tendo em vista que as incapacidades funcionais e limitações físicas, cognitivas e sensoriais, embora não sejam uma consequência direta do envelhecimento, aumentam com a idade. (BRASIL, 2017)

4.6 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a reabilitação é definida como um conjunto de medidas para que a pessoa tenha ou mantenha uma funcionalidade ideal na interação com o ambiente. Desta forma, visa tanto a melhoria da funcionalidade individual quanto a intervenção no ambiente do indivíduo, reduzindo o impacto de uma ampla gama de condições de saúde.

Normalmente, a reabilitação acontece durante um período determinado de tempo, mas pode envolver intervenções simples ou múltiplas realizadas por uma pessoa ou por uma equipe de profissionais de reabilitação; ela também pode ser necessária desde a fase aguda ou inicial do problema médico, logo após sua descoberta, até as fases pós-aguda e de manutenção. A reabilitação envolve a identificação de limitações e necessidades da pessoa, o relacionamento dos transtornos aos fatores relevantes do indivíduo e do ambiente, a definição de metas de reabilitação, planejamento e implantação de medidas, além da avaliação de seus efeitos (OMS).

Os serviços de reabilitação são compostos por equipes multidisciplinares, que devem buscar ter uma atuação interdisciplinar. Estão distribuídos nas Regiões de Saúde, alguns com referência macrorregional, para atender aos usuários com deficiência. Os mesmos podem ser serviços ambulatoriais de modalidade única ou Centros Especializados em Reabilitação - CER, que contemplam duas ou mais modalidades de reabilitação nas áreas da reabilitação auditiva, física, intelectual e visual. Os CER podem ser do tipo II, III ou IV, conforme o número de modalidades de atendimento.

São atribuições destes serviços, entre outras: estimulação precoce permitindo às crianças receberem o atendimento no momento oportuno, favorecendo seu melhor potencial de desenvolvimento; Orientações aos cuidadores e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do cuidado; Orientar e apoiar as famílias para aspectos específicos de adaptação do ambiente e rotina doméstica que possam ampliar a mobilidade, autonomia pessoal e familiar, bem como a inclusão escolar, social e/ou profissional; Atendimento individual e em grupo de acordo com as necessidades de cada usuário e suas limitações específicas; Reavaliação periódica do projeto terapêutico, demonstrando com clareza a evolução e as propostas terapêuticas de curto, médio e longo prazo; Realizar reuniões periódicas de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos projetos terapêuticos; Promover a articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência), visando garantir a integralidade do cuidado; Buscar articulação com os serviços de proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros, com

objetivo de ampliar o alcance do cuidado, a inclusão e a melhoria da qualidade de vida do usuário atendido.

4.6.1 Reabilitação Auditiva

Destina-se às pessoas com queixa ou confirmação de perda auditiva unilateral ou bilateral, de qualquer tipo ou grau, que em interação com diversas barreiras, podem obstruir a participação plena e efetiva do sujeito na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. Estes serviços realizam avaliação e diagnóstico da perda auditiva, seleção, concessão e adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), bem como a terapia fonoaudiológica com acompanhamento e manutenção dos AASI.

Conforme o Instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde (2020), a reabilitação auditiva conta com procedimentos específicos para que os efeitos de uma perda auditiva sejam minimizados. Para a criança cuja perda auditiva existe desde o nascimento ou é anterior à aquisição da linguagem, trata-se de habilitação auditiva. Já a reabilitação auditiva está relacionada a um processo terapêutico que privilegia o uso da audição residual visando recuperar ou maximizar a capacidade auditiva.

A intervenção no tempo oportuno, no caso das crianças, é fundamental para promover a aquisição e o desenvolvimento da linguagem. Para tanto, o uso de recursos tecnológicos é parte fundamental do processo de reabilitação, visto que eles complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão.

A concessão de AASI é feita pelos serviços de reabilitação auditiva (CER com modalidade auditiva, Centro de Reabilitação Auditiva na Média Complexidade e Centro de Reabilitação Auditiva na Alta Complexidade) e deve garantir o melhor aproveitamento da audição residual da pessoa com deficiência auditiva. A Reabilitação Auditiva com o uso de AASI deve contemplar, minimamente, as seguintes etapas: diagnóstico, seleção, adaptação, concessão de AASI e terapia fonoaudiológica. Portanto, é de fundamental importância o acompanhamento periódico da perda auditiva com o objetivo de monitoramento e realização de possíveis modificações nas características eletroacústicas do aparelho auditivo utilizado pelo usuário, bem como, para as orientações quanto ao uso e manuseio do AASI.

Além disso, em função dos impactos que uma perda auditiva provoca, a reabilitação auditiva deve considerar no processo terapêutico a interferência de aspectos emocionais e sociais que podem comprometer a reabilitação. Por esse motivo, a atuação multiprofissional e interdisciplinar é de suma importância.

As cirurgias de Implante Coclear são realizadas em serviços de saúde habilitados como Centro de Implante Coclear (código 03.01) e Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva (código 03.05), sendo que este último realiza também cirurgias de Prótese Auditiva Ancorada no Osso. São opções para usuários, adultos e crianças, com deficiência auditiva que obtêm pouco ou nenhum benefício com o AASI. A terapia fonoaudiológica é obrigatória para todos os usuários que foram submetidos ao implante coclear ou prótese auditiva ancorada no osso e pode ser realizada no próprio serviço em que a cirurgia foi feita ou em serviços de terapia fonoaudiológica referenciados.

4.6.2 Reabilitação Física

Destina-se às pessoas com comprometimento do aparelho locomotor, como amputações, dificuldades de coordenação motora, equilíbrio e mobilidade, as quais necessitam de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM). A reabilitação física disponibiliza: avaliação, diagnóstico, tratamento com equipe multiprofissional, concessão, treinamento e adaptação para o uso de OPM ortopédicas e de locomoção, bem como orientação para o uso de tecnologia assistiva.

Entende-se por serviços de reabilitação física, aqueles que atendem às pessoas com deficiência que têm impedimentos temporários ou permanentes; progressivos, regressivos ou estáveis; intermitentes ou contínuos de natureza física, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Segundo o Instrutivo de Reabilitação da Rede PCD (MS/2020), a avaliação das condições clínicas, anatômicas, fisiológicas, ocupacionais e funcionais, deve ser capaz de identificar o grau de incapacidades, bem como as habilidades remanescentes ou preservadas levando em consideração a interação com as diversas barreiras que podem obstruir a participação plena e efetiva da pessoa em seu meio social. Devem também ser observadas as funções cardiorrespiratórias, a avaliação de sensibilidade e de perfusão sanguínea. É fundamental que o profissional de saúde avalie a função cognitiva, o estado mental e as condições de coordenação motora.

Os exames complementares são essenciais na identificação do nível de lesão e, conseqüentemente, na definição das estratégias terapêuticas para cada paciente. Também devem ser utilizados para a verificação de regressão de lesões, bem como identificação de áreas com funções substitutivas.

Conforme o instrutivo de Reabilitação da Rede PCD (MS/2020), a estratégia terapêutica a ser utilizada deve constar no projeto terapêutico singular e pautar-se na individualidade do usuário, sendo capaz de dialogar com suas necessidades de saúde, acadêmicas, sociais, domésticas e laborais. A participação da família é fundamental no processo de habilitação/reabilitação devendo o profissional de saúde compartilhar as informações necessárias para o bom entendimento da condição atual, bem como as etapas que compõem o PTS.

As OPM são importantes ferramentas do processo terapêutico, contribuindo na superação de barreiras, devendo ser prescritas de forma individualizada por profissional capacitado. A utilização de tecnologia assistiva fornece maiores possibilidades para o usuário, bem como, recurso terapêutico no processo de reabilitação.

As ações dos serviços de reabilitação física são pautadas pelo documento “Diretrizes da Reabilitação física e Orientações para concessão de OPM do Estado do Rio Grande do Sul”, aprovado pela Resolução nº 50 / 2018 – CIB / RS, que tem por objetivo nortear e padronizar o processo terapêutico e a concessão de OPM nos serviços de reabilitação física do Estado do RS.

O acesso ao processo de reabilitação e a aquisição de OPM significa promover acessibilidade e qualidade de vida. Vale ser ressaltado que uma vez alcançadas as potencialidades funcionais, os usuários estarão de alta da reabilitação, permanecendo vinculados ao serviço para manutenções, concessões, consultas e revisões de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Desta forma os pacientes que ingressaram nos serviços de reabilitação física da RCPcD, através de inserção em Sistema Estadual de Regulação, ficam ligados aos mesmos para reposição de OPM e reavaliações quando necessário.

4.6.3 Reabilitação Intelectual

Destina-se às pessoas que apresentam deficiência intelectual e/ou transtorno do espectro do autismo e a seus familiares. A estimulação precoce, atendimento prestado a crianças de zero a 3 anos com atraso, ou potencial atraso no desenvolvimento neuropsicomotor deve ser priorizada no serviço de reabilitação intelectual. Disponibiliza avaliação, diagnóstico e tratamento com equipe multiprofissional e estimulação precoce. As ações dos serviços de reabilitação intelectual são pautadas pelo documento “Diretrizes da Reabilitação Intelectual do Estado do Rio Grande do Sul- Atenção à Pessoa com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista”, aprovado pela Resolução nº 322 / 2019 – CIB / RS que tem por objetivo nortear as equipes dos serviços, CRS e Municípios quanto ao cuidado e especificidades do processo terapêutico de Reabilitação Intelectual.

Segundo o Instrutivo de Reabilitação da Rede PCD (MS/2020), embora o quadro clínico e o grau de incapacidade sejam variáveis em cada caso, o cuidado em habilitação/reabilitação para as pessoas com deficiência intelectual/mental e com transtornos do espectro do autismo, deve ofertar:

- Técnicas que auxiliem usuários a utilizar e criar recursos e estratégias no desenvolvimento mnemônico, para o desempenho de habilidades para realização das atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária que necessitem fazer uso da memória e organização da rotina para manutenção de vida independente.
- Técnicas que estimulem as funções cognitivas, em seus aspectos sensoriais, motores, visuais, de orientação temporal espacial potencializando o conhecimento do próprio corpo, bem como possibilitar situações de relações interpessoais, de reconhecimento e contato tanto com as pessoas que compõem o convívio familiar e social.
- Situações planejadas, de acordo com as necessidades de cada indivíduo, para propiciar o desenvolvimento de habilidades comunicativas, trabalhando a comunicação a partir de situações que envolvam o ambiente cotidiano do usuário.
- Atividades de estimulação da fase articulatória da linguagem expressiva, direta e indireta, oral e escrita, trabalhando aspectos de compreensão e expressão, com o intuito de enriquecimento funcional da linguagem.
- Atividades que façam uso de recursos como leitura, escrita, música, jogos, recursos multimídia, recortes, colagem, com o intuito de estimular os processos de desenvolvimento cognitivo e motor, assim como contribuir com o desenvolvimento da linguagem oral e escrita e o desenvolvimento de habilidades motoras.
- Realização de atividades e utilização de recursos sensoriais no auxílio e desenvolvimento do sistema sensorial, conforme necessidade de cada usuário;
- Realização de estimulação precoce que consiste em um programa de avaliação, acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional visando desenvolver o desempenho de habilidades cognitivas, sociais e motoras

4.6.4 Reabilitação Visual

Destina-se às pessoas com deficiência visual, definida como: cegueira - acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão ou visão subnormal - significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores não passíveis de melhora na visão com terapêutica clínica ou cirúrgica.

As estratégias de ações para habilitação e reabilitação visual devem ser estabelecidas, nos serviços de Reabilitação Visual, de maneira multiprofissional e interdisciplinar, para a partir

das necessidades particulares de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência visual sobre sua funcionalidade.

Segundo o Instrutivo de Reabilitação da Rede PCD (MS/2020), a avaliação deve ser realizada pela equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por profissionais da saúde da área de reabilitação, com a finalidade de estudar o impacto e repercussões da deficiência visual no desenvolvimento global do indivíduo e na sua funcionalidade. Deve ser baseada no uso de um protocolo que possibilita a observação e análise das respostas frente a estímulos em atividades do cotidiano para dimensionar o grau da perda visual e a elaboração de um PTS que será desenvolvido por meio do trabalho junto à pessoa com deficiência visual e sua família. O acompanhamento em reabilitação visual também deve ser multiprofissional e interdisciplinar, com objetivo de fortalecer o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária de maneira independente bem como por orientações às famílias e às escolas.

A visão é o sentido que mais informações recebe do meio ambiente e o único capaz de organizar outras informações sensoriais. A integridade visual é importante para que o desenvolvimento da criança aconteça de maneira adequada. O impacto da deficiência visual na criança depende de fatores como: idade de acometimento do sistema visual, causas da deficiência, comprometimento de outros sistemas, aspectos hereditários e do ambiente. A avaliação oftalmológica da criança com deficiência visual fornece aos profissionais da área da saúde e da área educacional subsídios fundamentais para o trabalho de habilitação ou reabilitação visual. A partir do conhecimento das características da resposta visual as ações tornam-se eficientes.

A partir da avaliação oftalmológica e multiprofissional da funcionalidade visual e do desenvolvimento global da criança com deficiência visual, um programa estruturado de intervenção será proposto em conjunto com a família. A abordagem da criança em idade escolar com deficiência visual é de caráter multiprofissional e interdisciplinar com o envolvimento dos serviços de reabilitação visual, da escola e da família. Orientações à escola quanto à funcionalidade e incapacidades visuais do aluno, quanto à necessidade de ajustes no ambiente escolar, quanto à necessidade de adaptação de materiais e emprego de auxílios especiais (ópticos, não ópticos e eletrônicos) e tecnologias assistiva são fundamentais para a promoção da inclusão escolar. Nos casos de deficiência visual (cegueira e baixa visão) o atendimento será determinado conforme o Plano Terapêutico Singular, sendo realizado, preferencialmente, com a participação da família.

4.6.5 Atenção à Pessoa Estomizada

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

A International Ostomy Association (IOA), faz uma projeção de que existe uma pessoa com estomia para cada 1.000 habitantes em países com um bom nível de assistência médica e nessa perspectiva, estima-se para Brasil um número de mais de 207 mil pessoas com estomias no ano de 2018 (IOA, 2007).

Em de setembro de 2020, cadastrados no Sistema: Gerenciamento do Usuário com Deficiência (GUD), do Estado, constam cadastrados 10.038 usuários, os quais recebem mensalmente insumos distribuídos pela SES aos seus municípios.

A Portaria SAS/MS nº 400 de 16 de novembro de 2009 estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, porém não houve aporte de recurso federal aos tetos dos estados.

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

No Estado do Rio Grande do Sul, a atenção à pessoa ostomizada está estabelecida com as responsabilidades compartilhadas entre Estado e Municípios, onde a SES responde pela compra, distribuição e monitoramento dos materiais, bem como a regulação do acesso dos usuários, através do Sistema de Gerenciamento de Usuários com Deficiência – GUD. O

O enfermeiro envolvido na assistência à pessoa ostomizada tem atuação fundamental na seleção adequada dos insumos, como tipo de bolsa coletora ou de barreira protetora e produtos acessórios a serem utilizados. O enfermeiro está presente em todos os municípios do estado, porém poucos tem a especialização em Estomaterapia. De acordo com a Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBREST) atualmente no RS há 68 enfermeiros estomaterapeutas.

De modo a avaliar a qualidade do material concedido, bem como o uso racional dos mesmos, a SES/RS conta com a Câmara Técnica de Atenção à Pessoa Ostomizada e com Incontinência Urinária instituída da Portaria nº 543 de 2006, sendo composta por representantes de entidades relacionadas às pessoas estomizadas, enfermeiras estomoterapeutas dos municípios, técnicos da SES e demais órgãos envolvidos nesta temática.

O acesso do usuário se dá a partir da alta hospitalar com o encaminhamento ao serviço de referência a atenção à pessoa estomizada no município. O paciente ou responsável dirige-se à SMS de seu município, munido de documentação e Laudo Médico (com CID) solicitando os insumos de estomia. É realizado o pré-cadastro no sistema GUD pelo responsável municipal, o qual é finalizado pela respectiva CRS, dando início à dispensação do material. A partir destes cadastros ativos no sistema, a SES/RS faz o levantamento dos materiais cadastrados e quantidades dispensadas para fins de aquisição dos insumos

A compra dos materiais pela SES para os pacientes ostomizados ocorre através de licitação e consequente Ata de Registro de Preços que tem validade de um ano. O Estado dispõe de uma lista de 55 tipos insumos, sendo eles: coletores fecais, coletores urinários e produtos para pele. O material adquirido é armazenado na Divisão de Suprimentos (almoxarifado) da SES/RS, o qual é responsável pela distribuição às 19 Coordenadorias Regionais de Saúde a partir de roteiros mensais preestabelecidos. As CRS também são responsáveis ainda em fornecer orientação, articulação com os profissionais especialistas do território para capacitação e auxílio aos profissionais da atenção básica, orientações sobre o sistema GUD, entre outros, visando o cuidado integral do paciente estomizado.

Salienta-se que a SES não conta com profissional enfermeiro em todas as CRSs desenvolvendo esta atividade, mas destaca-se que a atuação do enfermeiro é importante devido a capacidade técnica de articulação de capacitações e suporte aos municípios além do enfoque administrativo.

Como a reabilitação/habilitação à pessoa estomizada ocorre no território, o local deveria dispor além de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, e serem integrados às unidades que prestem serviços de Reabilitação Física. Os serviços que prestarem atendimento às Pessoas Ostomizadas deverão ter sanitários (feminino e masculino) adaptados. Esta adaptação subentende ter no mínimo uma bancada que sirva de apoio para colocar objetos de higiene pessoal, ducha higiênica e espelho que possibilite à Pessoa Ostomizada realizar higiene pessoal com segurança, conforme Portaria do MS/SAS 400/2009.

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

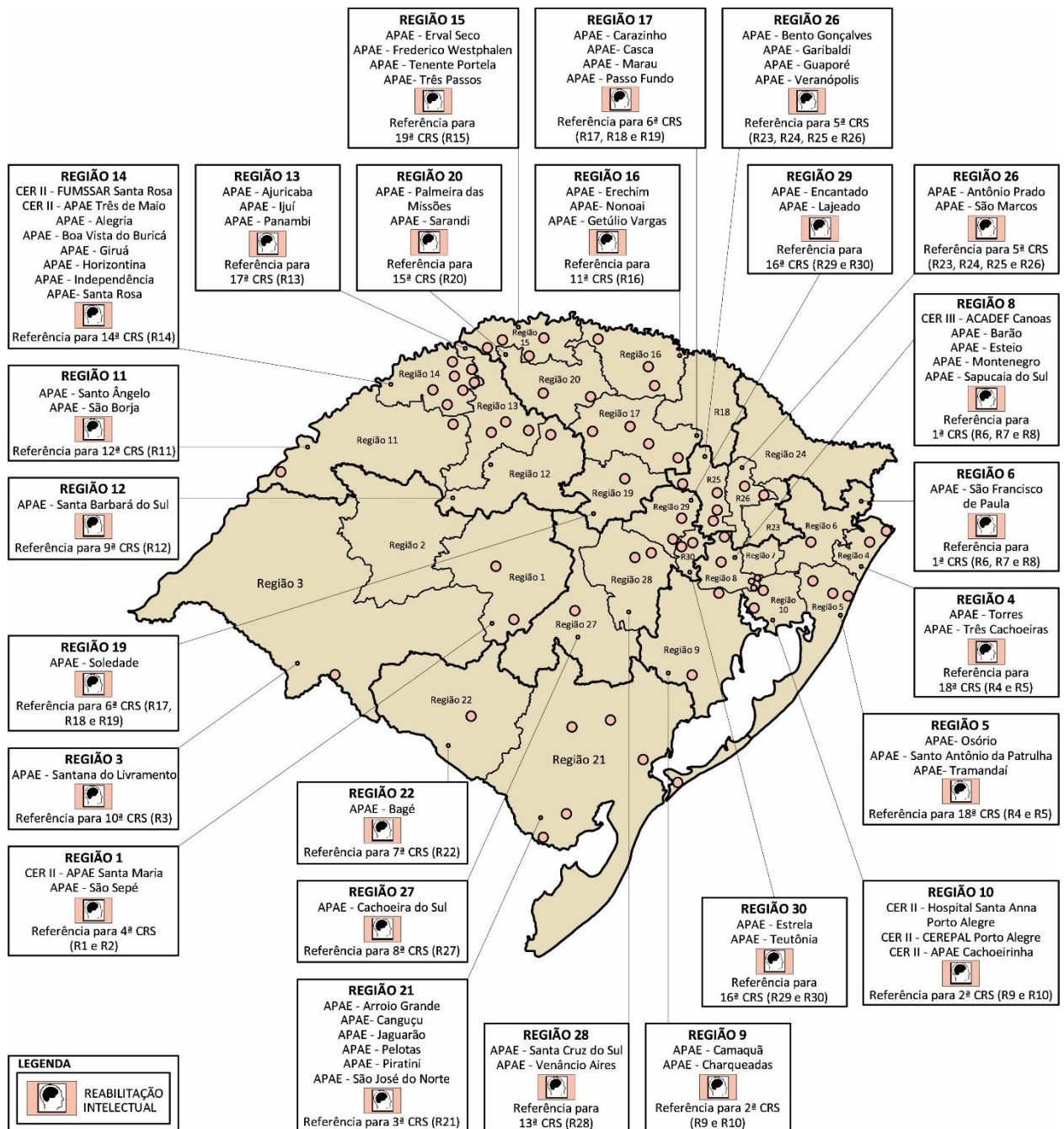
4.6.6 SERVIÇOS QUE COMPÕEM A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Atualmente, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no RS é composta por 89 serviços de reabilitação, sendo 17 de reabilitação auditiva, 15 de reabilitação física, 67 de reabilitação intelectual, 5 de reabilitação visual e 3 oficinas ortopédicas fixas. Destes, 13 são Centros Especializados em Reabilitação e 76 são serviços de modalidade única de atendimento.

REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO RS						
Macro	CRS	Auditiva	Física	Intelectual	Visual	
Metropolitana	1ª	HU- Canoas	CER III ACADEF	APAE- São Francisco	Hospital Banco de Olhos	
		CER III ACADEF		CER III ACADEF		
				APAE- Esteio		
				APAE- Barão		
				APAE-Montenegro		
				APAE- Sapucaia do Sul		
	2ª	CER II H. Santa Anna	AACD- POA	CER II H. Santa Anna		
		HCPA- POA		CER II APAE Cachoeirinha		
		GHC- POA	CER II CEREPAI- POA	APAE- Camaquã		
			CER II APAE Cachoeirinha	CER II CEREPAI- POA		
	18ª	CER III SMS Osório	CER III SMS Osório	APAE- Santo Antônio da Patrulha		CER III SMS Osório
				APAE- Osório		
				APAE- Tramandaí		
APAE- Três Cachoeiras						
Misioneira	14ª	CER II - FUMSSAR Santa Rosa CER II APAE Três de Maio	CER II- Hospital São José de Giruá	APAE- Alegria	CER II Hospital São José Giruá	
				APAE- Giruá		
				APAE- Santa Rosa		
				APAE- Independência		
				APAE- Horizontina		
				APAE- Boa Vista do Buricá		
				CER II APAE Três de Maio		
				CER II FUMSSAR Santa Rosa		
	9ª	Centro Aud. Proaudi	UNIR -Ijuí	APAE- Santa Barbará do Sul		
	12ª	CER II São Borja	CER II São Borja	APAE- Santo Angelo		
CER II H. São José de Giruá			APAE- São Borja			
17ª	Centro Auditivo Proaudi - Ijuí	UNIR -Ijuí	APAE- Ajuricaba			
			APAE- Ijuí			
			APAE- Panambi			
Norte	6ª	Próaudi- Passo Fundo	CER II- ACD Passo Fundo	APAE- Carazinho	CER II- ACD Passo Fundo	
				APAE- Casca		

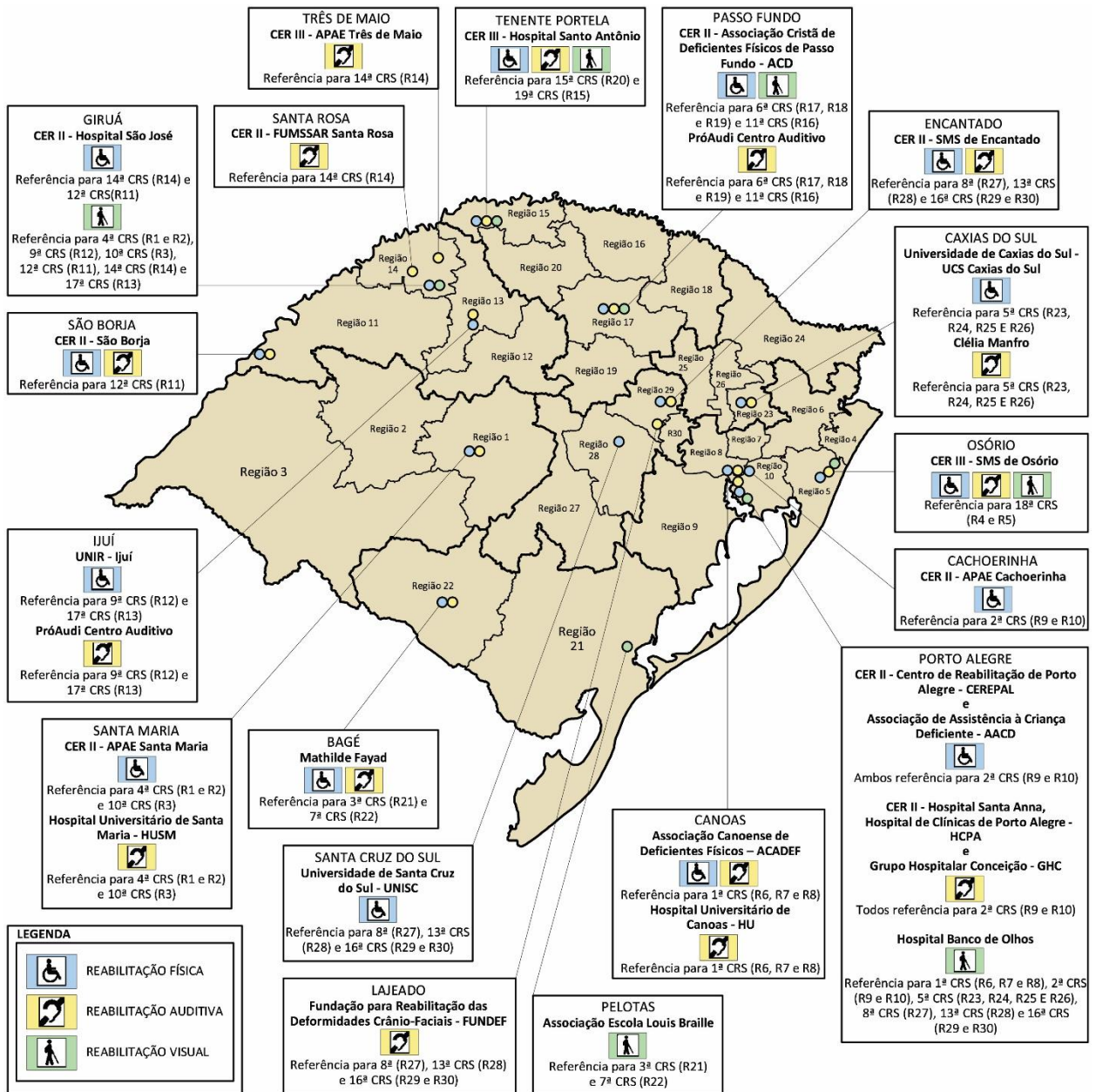
				APAE- Marau	
				APAE- Soledade	
				APAE- Passo Fundo	
	11ª			APAE- Erechim	
				APAE- Nonoai	
				APAE- Getúlio Vargas	
	15ª	CER III- H. Santo Antônio Tenente Portela	CER III- H. Santo Antônio Tenente Portela	APAE- Palmeiras das Missões	CER III- H. Santo Antônio Tenente Portela
				APAE- Sarandi	
	19ª			APAE- Erval Seco	
				APAE- Três Passos	
				APAE- Frederico Westphalen	
				APAE- Tenente Portela	
Serra	5ª	Clélia Manfro-Caxias do Sul	Universidade de Caxias do Sul- UCS Caxias do Sul	APAE- Antônio Prado	Hospital Banco de Olhos
				APAE- Bento Gonçalves	
				APAE- Garibaldi	
				APAE- São Marcos	
				APAE- Guaporé	
				APAE- Veranópolis	
Centro-Oeste	4ª	HUSM- Santa Maria	CER II APAE Santa Maria	CER II APAE Santa Maria	CER II Hospital São José Giruá
	10ª			APAE- São Sepé	
				APAE- Santana do Livramento	
Sul	3ª	Mathilde Fayad-Bagé	Mathilde Fayad-Bagé	APAE- Canguçu	Ass. Louis Braille
				APAE- Jaguarão	
				APAE- Pelotas	
				APAE- Arroio Grande	
				APAE- Piratini	
	APAE- São José do Norte				
7ª				APAE- Bagé	
Vales	8ª	FUNDEF- Lajeado	UNISC- Santa Cruz do Sul CER II SMS Encantado	APAE- Cachoeira do Sul	Hospital Banco de Olhos
				APAE- Santa Cruz do Sul	
	13ª			APAE- Venâncio Aires	
				APAE- Estrela	
	16ª		APAE- Lajeado		
			APAE- Encantado		
		CER II SMS Encantado		APAE- Teutônia	

Serviços de Reabilitação Intelectual



Fonte: PES/2020

Serviços de Reabilitação Auditiva, Física e Visual



Fonte: PES RS/2020

4.6.7 Fluxo de Acesso

O acesso às consultas especializadas em Reabilitação inicia, preferencialmente, com o encaminhamento de profissional de nível superior da Atenção Básica que identifica a necessidade de atendimento especializado em reabilitação.

Após o paciente deve ser cadastrado no sistema de regulação pela Secretaria Municipal de

Saúde, com exceção dos municípios em gestão plena que optaram em realizar a regulação das demandas de seus municípios em sistema próprio. Aceitam-se também encaminhamentos provenientes de outros serviços de referência da rede SUS da média e alta complexidade.

Para fins de favorecer o processo de regulação, é importante que o município informe todos os dados constantes na Ficha de Encaminhamento Serviços de Reabilitação SES que contempla informações importantes para uma boa compreensão das necessidades do paciente.

A Atenção Primária em Saúde deve ser a principal porta de entrada e centro articulador do acesso dos usuários ao SUS e às Redes de Atenção à Saúde. Preconiza-se o primeiro atendimento na Atenção Básica e, identificada necessidade de serviço especializado, o usuário deve ser encaminhado através de documento de referência e contrarreferência à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) onde será realizada a solicitação de encaminhamento para atendimento no Serviço de Reabilitação indicado.

É importante ser salientado que os profissionais da atenção básica deverão manter o vínculo com os pacientes encaminhados aos serviços especializados da RCPcD para acompanhá-los em todo o processo, realizando o cuidado compartilhado com os outros níveis de atenção.

A Atenção Básica, enquanto ordenadora do cuidado, deverá monitorar os encaminhamentos de contrarreferência na ocasião da alta do usuário dos serviços de reabilitação, tendo em vista que muitos deles necessitam de tratamento de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, entre outras especialidades, assim como de exames específicos entre outras especialidades. Em relação aos tratamentos de fonoaudiologia e fisioterapia, que tem a premissa da longitudinalidade do cuidado, destaca-se que é importante que o usuário realize a reabilitação o mais perto possível de sua residência, ou seja, sendo referenciado ao seu município de origem, de posse do documento de contrarreferência expedido pelo serviço de reabilitação e permanecendo em acompanhamento pela equipe de saúde de sua referência

4.6.8 Regulação

Instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559 de 2008 a Política Nacional de Regulação tem como objetivo promover o acesso equânime, universal e integral dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si, que são a Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

Atualmente, a regulação está organizada de acordo com a instância de gestão responsável pelo prestador e perfil da oferta. No RS há ofertas sob gestão municipal, estadual e gestão compartilhada entre estado e município, onde a oferta sob regulação refere-se à consulta inicial

eletiva. O perfil desta oferta que compreende localização dos centros de reabilitação, territórios de referência, quantitativo/mês, complexidade, parâmetro etário, parâmetro de tempo para agendamento e gestão responsável, estabelece fluxos e operacionalização. A regulação de acesso à RCPcD está implantada na maioria das regiões de saúde.

Em alguns municípios que tem a gestão de todos os seus serviços de saúde do seu território, como por exemplo Caxias do Sul, a regulação e a marcação das consultas, são realizadas pela própria Secretaria Municipal de Saúde (SMS), para todos os municípios da Macrorregião Serra, não estando visível para a SES, a demanda da região. Porém, já está em implantação no município referido um sistema informatizado, que classificará a gravidade dos pacientes e dará maior transparência ao Gestor Estadual e agilidade ao processo.

Seguindo um estilo diferenciado dos demais de funcionamento da regulação e marcação de consultas, ainda temos os casos da Secretaria Municipal de Pelotas e de Porto Alegre.

Na Macrorregião Sul, Pelotas regula e agenda as cotas de consultas para os seus municípios no seu Sistema próprio de regulação e a 3ª CRS agenda as cotas dos pacientes dos municípios em Gestão Estadual, sendo que o Estado consegue visualizar os dados, por utilizar o mesmo Sistema dos municípios citados, para proceder à regulação e marcação das consultas.

A gestão da oferta de serviços sediados em Porto Alegre é compartilhada entre a SES e o município. De acordo com a Resolução nº 237/2011 – CIB/RS, Porto Alegre faz a regulação da sua cota de 55% da oferta e o Estado procede à regulação de 45% para pacientes não residentes de Porto Alegre, dos serviços sediados em POA, a gestão é compartilhada e, para os demais a gestão é Estadual. As ofertas sob gestão compartilhada são divididas entre POA e Estado, mediante pactuação CIB em que do total ofertado, 55% se destinam aos residentes da capital e 45% aos não residentes. A operacionalização das consultas ambulatoriais de Porto Alegre ocorre através do Sistema GERCON.

As Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) regulam e agendam as consultas especializadas em reabilitação para os pacientes não residentes em Porto Alegre, nos serviços de referência regionais. As ofertas que estão sob gestão municipal são reguladas em geral pelo município sede dos serviços, através de sistemas próprios de regulação conforme pactuação e no restante do Estado através do sistema de Regulação SISREG.

Vale ser ressaltado que as demandas inseridas no SISREG são reguladas por profissionais de área técnica relacionada a cada modalidade de reabilitação nas CRS, que atribuem grau de prioridade conforme critérios técnicos para cada especialidade e possuem autonomia para adequar o processo de regulação para atender as particularidades regionais. A distribuição das vagas para os municípios é feita promovendo a equidade do acesso aos serviços de referência em reabilitação.

A gestão estadual realiza a regulação de acesso através de duas estruturas técnico-administrativo: a CRA - Central de Regulação Estadual e as Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS.

Com relação aos Protocolos de acesso da RCPcD, o acesso a reabilitação auditiva adulto e pediátrico ocorre a partir da solicitação no sistema de regulação no município de residência do usuário, e estão normatizados através das publicações a seguir:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_reabilita%C3%A7%C3%A3o_auditiva_adulto.pdf

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_reabilita%C3%A7%C3%A3o_auditiva_pedi%C3%A1trico.pdf

Quanto à classificação de risco dos usuários da RCPD, a mesma é realizada pelos profissionais reguladores das CRSs e CRA a partir das solicitações de consulta em reabilitação que são cadastradas pelos profissionais da rede de atenção básica. A avaliação do conteúdo das solicitações é realizada por reguladores com formação na área de reabilitação. O estabelecimento de prioridade clínica de acordo com a gravidade, leva em consideração CID principal, histórico clínico, idade do paciente, comorbidades, motivo do encaminhamento, laudos/boletins de atendimento anexados, tempo de lesão, tempo oportuno de intervenção e outros aspectos peculiares de cada área de deficiência.

4.6.9 Fluxo para concessão, dispensação e adaptação de OPM

No Estado do RS a avaliação inicial para posterior concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) segue os fluxos das reabilitações, conforme o disposto na Portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012 (atual Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 - anexo VI) e seus Instrutivos.

Os Centros Especializados em Reabilitação e os serviços de modalidade única em reabilitação auditiva, física e visual que compõe a RCPcD no RS dispensam as OPM elencadas na Tabela SUS de acordo com a avaliação da equipe.

Os profissionais da rede municipal de Saúde encaminham os pacientes para os serviços especializados que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RcPD), onde os pedidos são inseridos pelas próprias Secretarias Municipais de Saúde nos Sistemas de Regulação adotados em sua localidade e as Centrais de Regulação, em sua grande maioria, nas próprias Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), procedem à regulação e o agendamento destas solicitações.

Após ingressar no serviço de referência para reabilitação física, auditiva e visual, o usuário é avaliado de modo integral, a fim de se definir o Projeto Terapêutico Singular (PTS), bem como a indicação e ou concessão de alguma OPM. Após o acesso ao serviço através de consulta regulada, o usuário permanece vinculado ao serviço, para ajustes, adaptação dos equipamentos ou retornos, que devem ser agendados diretamente com o serviço de reabilitação. A avaliação/reavaliação, prescrição, adequação, tratamento, treinamento e acompanhamento do usuário e os materiais a ele dispensados, fazem parte do processo de reabilitação e são de responsabilidade dos profissionais do serviço de referência.

Nos serviços de reabilitação física, conforme o disposto nas Diretrizes da Reabilitação Física e Orientações para concessão de OPM do Estado, pode ocorrer a prescrição e dispensação do(s) equipamento(s) que julgar adequado(s) ao processo de reabilitação dos usuários de acordo com o avaliado pela equipe técnica, respeitando o limite de quatro dispositivos, necessitando, obrigatoriamente de laudo explicativo da equipe, autorização do responsável técnico do serviço e autorização do gestor, quando exceder esse quantitativo. O tempo médio para entrega das OPM aos usuários pelos serviços do RS é de até 90 dias. Na entrega das OPM, o paciente é encaminhado para uma reavaliação com a equipe responsável pelo mesmo, para orientação e adaptação da OPM dispensada. Neste momento, o usuário recebe um termo de responsabilidade e garantia do dispositivo recebido. A frequência das reavaliações posteriores à entrega, é de acordo com o tipo de OPM e estas são definidas em reunião de equipe e feitas através de um controle de datas registrado na pasta do usuário.

Atualmente o RS conta com 3 Oficinas Ortopédicas habilitadas, sendo duas na Macrorregião Metropolitana e uma na Macrorregião Norte e destas, apenas duas são ligadas a um Centro Especializado em Reabilitação (CER), que são os casos da oficina do CER III da ACADEF de Canoas, que além de atender as demandas de OPM do referido serviço ainda tem parceria para fornecimento e ajuste dos equipamentos ofertados no CER III de Osório, CER II da APAE de Cachoeirinha e também junto ao serviço de modalidade única de Santa Cruz do Sul - UNISC. A oficina ortopédica da AACD de Porto Alegre, no momento, só atende as demandas dessa Instituição.

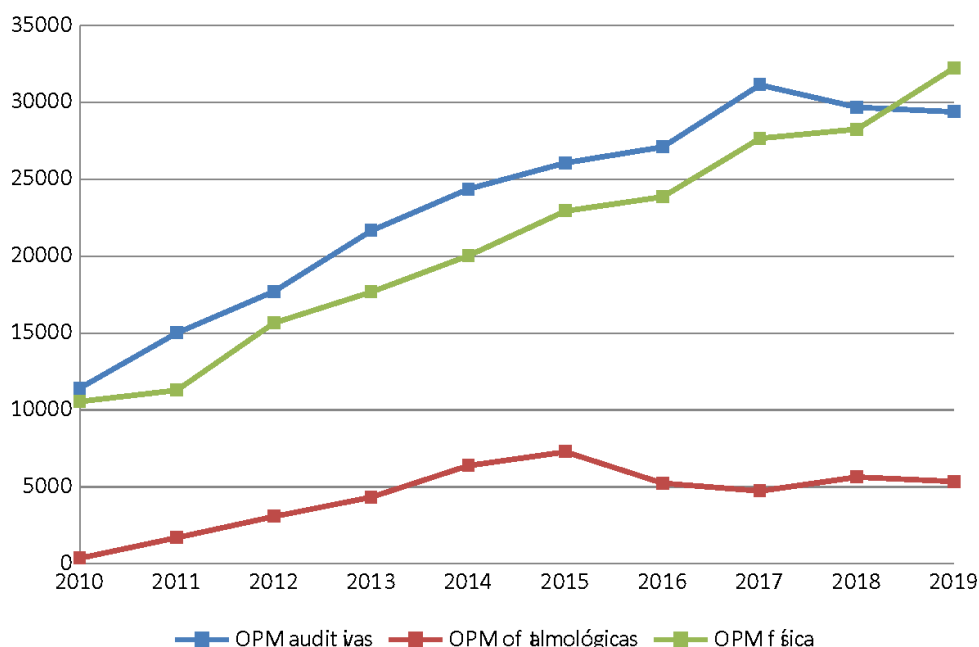
Quanto à oficina ortopédica do CER II da ACD de Passo Fundo, salientamos que também possui uma parceria de concessão e ajustes de OPM com o CER II de Encantado e com o serviço de modalidade única de reabilitação física de Bagé - Mathilde Fayad.

Podemos avaliar que estas parcerias supramencionadas, entre os serviços e as oficinas ortopédicas habilitadas no Estado, tem proporcionado à RcPD maior qualidade dos materiais concedidos e celeridade na entrega dos mesmos. Além disso, surgiram também alguns projetos

inovadores na área de tecnologia assistiva, como a modelagem de um tipo de prótese e órtese em 3D, desenvolvido entre a ACADEF e a UNISC. Por fim, constata-se que a RcPD do Rio Grande do Sul se beneficiaria com a habilitação de outras oficinas ortopédicas, sendo necessário contar com pelo menos um tipo de serviço nesta área por Macrorregião de Saúde.

O gráfico 8 ilustra a série histórica do período 2010 a 2019 de dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. A curva é ascendente para as OPM físicas em todo o período; as OPM auditivas atingem em 2017 a marca de mais de 30 mil dispositivos dispensados ao ano, com decréscimo nos anos seguintes. As OPM visuais tem curva ascendente até o ano de 2015, com decréscimo nos anos seguintes decorrente da suspensão dos atendimentos em dos serviços.

Gráfico 8 – OPM dispensadas no RS



Fonte: DATASUS/Tabwin

3.7.10. Educação Permanente

A educação Permanente possibilita que os profissionais da saúde repensem suas práticas e condutas, entendam o processo de trabalho no qual estão inseridos, busquem novas estratégias de intervenção e superem as dificuldades individuais e coletivas no trabalho.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no ano de 2004, representa um marco para a formação e trabalho em saúde no País.

O Sistema Único de Saúde (SUS), com suas bases estruturadas na reforma sanitária, tem como competência constitucional ordenar a formação dos profissionais da área. Nesse sentido, as

políticas públicas de saúde brasileiras fundamentadas nas diretrizes do SUS, têm demonstrado importante papel para desencadear mudanças no processo de educação dos profissionais da saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007. Essa última normativa se adequou à implantação do Pacto pela Saúde, momento em que a Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde (SGTES), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), promoveu uma ampla discussão no sentido de fazer reformulações nos marcos regulatórios pelos atores do SUS nos territórios, incluindo os aspectos relacionados ao financiamento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Posto isso, conforme o disposto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (MS/2018), torna-se importante apresentar o conceito de educação na saúde, dado que é frequente a sua utilização como sinônimo de outras variantes, como educação em saúde e educação para a saúde. De acordo com o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), a educação na saúde “consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (Brasil, 2012, p. 20). Também conhecida como educação no trabalho em saúde, a educação na saúde apresenta duas modalidades: a educação continuada e a EPS.

A educação continuada contempla as atividades que possui período definido para execução e utiliza, em sua maior parte, os pressupostos da metodologia de ensino tradicional, como exemplo as ofertas formais nos níveis de pós-graduação. Relaciona-se ainda às atividades educacionais que visam promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de práticas de escolarização de caráter mais formal, bem como de experiências no campo da atuação profissional, no âmbito institucional ou até mesmo externo a ele (Brasil, 2012).

No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho (Brasil, 2007).

Ainda conforme o preconizado pela Política Nacional supracitada, destaca-se que a EPS é uma estratégia político-pedagógica, que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários

níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal.

Nos últimos anos, algumas ações de Educação Permanente foram realizadas nas Regiões de Saúde do Estado como:

- Cursos e encontros dos profissionais que realizam a TAN;
- Capacitação aos serviços de reabilitação e aos municípios para uso do Sistema Estadual de Regulação;
- Realização de curso sobre Estimulação Precoce aos serviços de referência em reabilitação intelectual em parceria com a Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência e com Altas Habilidades no Rio Grande do Sul (FADERS);
- Capacitação aos profissionais dos municípios que trabalham com a dispensação de fraldas e materiais de estomias pelo sistema GUD;
- Encontros de Educação Continuada em Fonoaudiologia;
- Capacitações da equipe técnica dos serviços;
- Desenvolvimento de ações de educação continuada para os profissionais da RCPcD;
- Encontros regionais dos serviços municipais da RCPcD;
- Realização de Fóruns Regionais permanentes da Política da Estadual da Pessoa com Deficiência e Altas Habilidades também organizados pela FADERS;
- Encontro com as Equipes da Atenção Básica foram realizados em algumas localidades;
- Participação do projeto INOVASUS;
- Cursos EAD sobre temáticas afins;
- Grupo Condutor Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- Rodas de conversa com as Coordenadorias Regionais de Saúde;
- Capacitações para equipes do PIM nos municípios
- Planificação de Atenção à Saúde.

As ações de Educação Permanente são fomentadas, para que as equipes de saúde da RCPcD se qualifiquem e se atualizem sistematicamente para acolher a complexidade das demandas que atendem por meio de divulgação e incentivo de participação em cursos na modalidade à distância disponibilizados especialmente pelo Portal UNA-SUS e FADERS.

Vale ser destacado que as ações de Educação Permanente desenvolvidas por cada Macrorregião de Saúde do Estado do RS de modo detalhado, constam nas Análises Regionais anexas ao Plano.

4.6.11. Serviços credenciados pelo gestor local

A contrarreferência do paciente que recebe alta do serviço de reabilitação, para o seguimento do tratamento em determinada terapia especializada no seu município ou região, é um dos problemas da RCPcD. Muitos municípios do Estado têm cobertura de fisioterapia, mas o mesmo não acontece com a o tratamento fonoaudiológico, o qual não é ofertado em municípios populosos, ou tem uma extensa fila de espera.

De acordo com produção SIA/SIHA abrangência média mínima dos serviços localizados no município de residência do usuário, considerando todas as especialidades, é de 41%, quando analisamos a produção nos sistemas SIA/SIH.

Considerando a lógica de referência/contrarreferência entre os Centros Especializados em Reabilitação e a Atenção Básica/Média Complexidade, é de suma importância uma atenção especial por parte dos Gestores Municipais para a contratação de profissionais das áreas mencionadas a fim de garantirmos uma maior cobertura de atendimentos e melhorar a articulação entre os diferentes pontos de atenção da RCPCD para garantir a continuidade do cuidado dos usuários ingressos e egressos dos CERs.

O gráfico abaixo reflete a quantidade de municípios que apresentam produção no sistema SIA/SIH nas diferentes especialidades descritas. Salientamos que este é o número mínimo de municípios com produção SUS, podendo haver locais em que esta produção não é registrada, por exemplo, profissional concursado cuja municipalidade não registra os atendimentos.



4.6.12 Doenças Raras

As doenças raras são caracterizadas por uma ampla diversidade de sinais e sintomas e variam não só de doença para doença, mas também de pessoa para pessoa acometida pela mesma condição. As doenças raras podem ser degenerativas ou proliferativas. Considera-se doença rara aquela que afeta até 65 pessoas/100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas/2.000 indivíduos. O número exato de doenças raras não é conhecido, estimando-se que existam entre 6.000 a 8.000 tipos diferentes em todo o mundo, sendo que 80% delas decorrem de fatores genéticos e as demais advêm de causas ambientais, infecciosas, imunológicas, entre outras. Muito embora sejam individualmente raras, como um grupo elas acometem um percentual significativo da população, o que resulta em um problema de saúde relevante (BRASIL, 2019).

A atenção ambulatorial especializada e hospitalar no cuidado às pessoas com Doenças Raras compreende um conjunto de diversos pontos de atenção já existentes na RAS, com diferentes densidades tecnológicas, apoiando e complementando os serviços da APS de forma resolutiva e em tempo oportuno. O Serviço de Referência de Atenção às Pessoas com Doenças Raras é responsável por ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas aos indivíduos com doenças raras ou com risco de desenvolvê-las, de acordo com eixos assistenciais disciplinados na Portaria MS nº 199/2014.

O RS possui um Serviço de Referência em Doenças Raras, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), habilitado conforme a Portaria MS No 3.253/2016, para atendimento aos indivíduos com Doenças Raras de origem genética de todo o RS. O HCPA é a referência estadual para atendimento de casos de Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia, de Deficiência Intelectual associada a Doenças e de Erros Inatos do Metabolismo.

4.7 ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Rede de Atenção às Urgências (RAU) tem a finalidade de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna. A RAU está organizada em três componentes: pré-hospitalar (móvel e fixo), hospitalar e pós-hospitalar, e suas diretrizes estão definidas na Portaria de Consolidação GM/MS No 03/2017.

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

e, atualmente, estão aprovados pelo Ministério da Saúde os Planos das Macrorregiões de Saúde Metropolitana, Sul, Centro-Oeste e Serra, enquanto as demais Macrorregiões possuem os Planos aprovados pela CIB/RS e encontram-se em análise pelo Ministério da Saúde.

No Componente Pré-Hospitalar Móvel, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam com a maior brevidade possível, podendo ser de três tipos: USB, USA e Motolância.

A Unidade de Suporte Básico (USB) é um veículo destinado ao atendimento de socorro de pacientes com risco de vida conhecido ou desconhecido não classificado com potencial para intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino. As 30 Regiões de Saúde do estado possuem USB em atividade, embora não em todos os municípios. A Unidade de Suporte Avançado (USA) é um veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar em que há necessidade de cuidados médicos intensivos. A Motolância (MT), utilizada como apoio às USB e USA, é um veículo conduzido por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução.

O estado conta com 162 Bases do SAMU 192. Essas Bases atendem 287 municípios que, com seus 10.328.625 habitantes, representam 91,16% da população gaúcha. A frota SAMU possui, em funcionamento, 35 USA e 188 USB, além de 17 Motolâncias. O SAMU 192 é acessado através do telefone "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. No estado, estão implantadas cinco Centrais de Regulação das Urgências: uma municipal (Porto Alegre), três regionais (Bagé, Caxias do Sul e Pelotas) e uma Estadual.

Atualmente, estão em funcionamento três Centrais Compartilhadas, nos municípios de Santa Maria, Bento Gonçalves e Santa Cruz do Sul (R01, R25 e R28). Ainda para agilizar o processo de regulação dos chamados ao SAMU, foi disponibilizado um aplicativo de celular para todo o RS, denominado "Chamar 192", que pretende facilitar o atendimento de pacientes em situação de urgência.

No Componente Pré-Hospitalar Fixo, a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA24h), conforme Portaria de Consolidação GM/MS No 03/2017, é um estabelecimento de complexidade intermediária entre a APS e a atenção hospitalar, que deve se articular com os demais serviços de saúde do território, possibilitando a circulação do paciente pelos três níveis de

complexidade. Atualmente, 20 Regiões de Saúde contam com UPA 24h em atividade (R1, R3, R5, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13, R14, R17, R21, R22, R24, R25, R26, R27, R28 e R29). Das 63 UPA's 24h previstas para o estado, 32 foram inauguradas (31 estão habilitadas e/ou qualificadas pelo MS, recebendo recursos conforme Portaria de Consolidação GM/MS No03/2017 e uma aguarda habilitação), 04 estão em diferentes fases de construção, 16 foram revogadas e 11 estão em processo de readequação física para serem abertas como estabelecimento de saúde diferente do original.

No Componente Hospitalar as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência são serviços de atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas ou referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, conforme Portaria de Consolidação GM/MS No 03/2017. No RS, foi instituído em 2013 o cofinanciamento para as Portas de Entrada de Urgência e Emergência por meio da Resolução CIB/RS No 373/2013. A partir da Resolução CIB/RS No 111/2015, a SES intensificou a fiscalização do cumprimento dos critérios previstos nessas normatizações, por meio de vistoria in loco. Atualmente, as 30 Regiões de Saúde estão contempladas com esse componente hospitalar. A Resolução CIB/RS No 539/2011 aprova o incentivo estadual para os hospitais que disponibilizarem Plantão Presencial nas 24 horas nas especialidades de traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia buco-maxilo-facial, otorrinolaringologia e oftalmologia. Dez Regiões de Saúde possuem este serviço (R1, R4, R7, R8, R10, R12, R15, R17, R20 e R21), sendo as especialidades distribuídas em 17 hospitais.

Conforme a Portaria de Consolidação GM/MS No 03/2017, os Leitos de Retaguarda podem ser criados ou qualificados em hospitais estratégicos ou com menor adensamento tecnológico que disponibilizem suporte à região. Estes leitos devem ser exclusivos para a retaguarda às urgências e emergências e regulados pelas centrais de regulação. Dividem-se em: Leitos Clínicos, Leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Leitos de Cuidados Prolongados (CP). Os Leitos Clínicos já existentes, especificamente para retaguarda à RAU, podem ser qualificados para receber o mesmo custeio diferenciado que os leitos novos habilitados para a mesma finalidade. No estado, entre leitos qualificados e novos habilitados, existem 719 Leitos Clínicos de Retaguarda à RAU distribuídos em três Regiões de Saúde (R8, R10 e R21).

As instituições hospitalares que disponibilizarem novos Leitos de UTI específicos para retaguarda à RAU ou que qualificarem os leitos já existentes farão jus ao custeio diferenciado, conforme Portaria de Consolidação GM/MS No 06/2017. O RS possui 328 Leitos de UTI qualificados sendo pagos pelo Ministério da Saúde como Retaguarda à RAU, 279 leitos de UTI adultos e 49 leitos de UTI pediátricos, distribuídos nas Regiões de Saúde R1, R2, R3, R7, R8, R10, R21, R22, R23, R24, R25 e R26.

4.7.1 Leitos de Cuidados Prolongados

Conforme Portaria de Consolidação GM/MS No 03/2017, os Leitos de Cuidados Prolongados destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas. No estado, existem 151 Leitos de Cuidados Prolongados habilitados, distribuídos em seis Regiões de Saúde (R1, R10, R13, R14, R15 e R16).

Constituem-se em uma estratégia intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a Atenção Primária em Saúde. Destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico. Corresponde a uma prestação individualizada e humanizada do cuidado ao usuário hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos ou não intensivos para o reestabelecimento das funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional, bem como para a recuperação de sequelas.

Objetiva a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

Poderão se organizar nas seguintes modalidades: Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP), dentro de um hospital geral ou especializado, deve possuir entre quinze e vinte e cinco leitos e contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo I ou Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP) com capacidade total do hospital direcionada para esta finalidade, deve possuir, no mínimo, quarenta leitos e contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo II. Sala Multiuso de Reabilitação é um espaço destinado ao atendimento do usuário em cuidados prolongados, com vistas à reabilitação precoce e à aceleração do processo de desospitalização pela Equipe Multiprofissional.

LEITOS DE INTERNAÇÃO EM CUIDADOS PROLONGADOS HABILITADOS NO RS

MACRO	CRS	REGIÃO SAÚDE	MUNICÍPIO	UNIDADE HOSPITALAR	CNES	LEITOS HABILIT.	PORTARIA HABILITAÇÃO
NORTE	11ª CRS	R16	MARCELINO RAMOS	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MARCELINENSE	2249618	20	PT GM/MS 3185/19
	19ªCR S	R15	PALMITINHO	HOSPITAL SANTA TEREZINHA PALMITINHO	2228580	15	PT GM/MS 3185/19

MISSIO NEIRA	14ª CRS	R14	ALECRIM	SOC. HOSP. DE CARIDADE DE ALECRIM	2707993	20	PT GM/MS 3185/19
	17ª CRS	R13	AJURICABA	ASSOC. HOSP. BENEFICENTE AJURICABA	2265885	25	PT GM/MS 3185/19
CENTRO- OESTE	4ª CRS	R1	SÃO JOÃO DO POLÊSINE	HOSPITAL DR. ROBERTO BINATTO	6364810	15	PT GM/MS 3185/19
METROPOLI TANA	2ª CRS	R10	PORTO ALEGRE	AESC HOSPITAL SANTA ANA	6295320	56	PT GM/MS 3575/19
				TOTAL LEITOS UCP		151	

As Linhas de Cuidado que compõem a RAU contemplam a assistência aos pacientes vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Trauma, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Síndrome Coronariana Aguda, todas financiadas pelo Ministério da Saúde. A Linha de Cuidado do AVC está prevista na Portaria de Consolidação GM/MS No 03/2017, que dispõe sobre critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como centros de atendimento de urgência a esses pacientes. No estado, nove Regiões de Saúde (R4, R5, R7, R8, R10, R11, R12, R17 e R23) dispõem de 200 leitos para essa Linha de Cuidado.

5. METAS PARA A SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NOS PLANOS ESTADUAL E NACIONAL DE SAÚDE

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua 16ª Conferência, aprova como uma de suas diretrizes: o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiência – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as regiões de saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único. Estas diretrizes do CNS representaram um importante referencial para a elaboração de todo o Plano Nacional de Saúde, desde seus Objetivos até suas metas, projetos e indicadores.

Dentre as metas para a saúde da pessoa com deficiência no Plano Nacional de Saúde 2020-2023 estão:

- 1. Alcançar 50% de macrorregiões de saúde com oferta de reabilitação concomitante nas quatro modalidades: auditiva, física, intelectual e visual;**
- 2. Alcançar 70% de Cobertura da Triagem Auditiva Neonatal – TAN;**

3. Alcançar 10 milhões de procedimentos de concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção não cirúrgicos

Ao analisarmos a primeira meta, verificamos que o Estado do RS já atinge a mesma, quando apresenta oferta de reabilitação concomitante nas quatro áreas de modalidade: auditiva, física, intelectual e visual em 4 (quatro) macrorregiões de saúde, de um total de 7 (sete), o que representa 57,14% das macrorregiões de saúde.

Com relação à segunda meta, a cobertura da Triagem Auditiva Neonatal – TAN, que esteve presente como meta nos Planos Estaduais de Saúde 2012-2015 e 2016-2019, o estado apresenta cobertura de 87,61% *.

Embora a realidade nacional seja bem distinta, para que a cobertura da triagem auditiva neonatal seja considerada universal, o preconizado na literatura é 95%, sendo esta a meta que o Rio Grande do sul pretende alcançar.

Destaca-se, com relação à TAN, que é uma meta de difícil aferimento considerando-se:

- não haver um sistema de registro específico;
- todos os retestes, em caso de alteração, são registrados como o mesmo código do teste, por não haver na Tabela SUS o código específico.
- o teste que é feito durante a internação, após o nascimento, é faturado por AIH (autorização de internação hospitalar), com produção no SIH apenas para o código principal.
- atraso na alimentação e no fechamento dos dados no sistema de registro de nascidos (SINASC), o que faz com que os dados trabalhados para o cálculo da cobertura sejam preliminares.

Para atingir a terceira meta nacional, de alcançar 10 milhões de procedimentos de concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção não cirúrgicos, o Ministério parte do quantitativo atual de 6,5 milhões de procedimentos, o que representa um aumento de 53,84%. Ao levarmos em conta apenas este dado, sem considerarmos, por exemplo, a produção dos Estados comparados à sua população, o Rio Grande do Sul precisaria ampliar sua produção de OPM/ano de 66.976 procedimentos para 106.384 procedimentos de concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção não cirúrgicos. Esclarecemos que, para fins deste cálculo, utilizamos a série histórica do ano de 2019, uma vez que os dados de 2020 estão alterados em função da pandemia.

Com relação à meta atual do Rio Grande do Sul na atenção à pessoa com deficiência, consta no Plano Estadual de Saúde 2020-2023, ampliar o número de serviços da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.

6. ESCALONAMENTO

As análises regionais da RCPC apontam a necessidade de novos serviços para compor a atenção especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

O escalonamento do Plano da RCPcD apresenta 16 propostas de Centro Especializado em Reabilitação, nos seguintes municípios: Caxias do Sul, Cachoeira do Sul, Camaquã, Erechim, Bagé, Ijuí, Santa Maria, Passo Fundo (2serviços), Osório, Igrejinha, Sapucaia do Sul, Porto Alegre, Ibirubá e Crissiumal. Consta na relação a proposta de construção do CER II FUMSSAR do Município de Santa Rosa, habilitado em 2014 em local provisório, com atual limitação da capacidade de atendimento, necessitando de área física adequada.

O estabelecimento das prioridades, exigido pelo Ministério da Saúde, inclui todos os serviços que demonstraram interesse e apresentaram proposta para compor a RCPcD.

Existem vazios e necessidades apontadas nas análises regionais que não estão contempladas no escalonamento devido à ausência de proponente.

Quanto à Oficina Ortopédica, são proponentes os seguintes municípios: Santa Maria, Santa Cruz do Sul, Tenente Portela, Giruá e Bagé.

A necessidade de serviços de modalidade única descrita no Plano, não está contemplada no Escalonamento.

Constam no escalonamento os Centros Especializados em Reabilitação dos municípios de Novo Hamburgo e Alegrete os quais receberam recursos federais para construção do CER, e estão em fase de conclusão.

ESCALONAMENTO DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO RIO GRANDE DO SUL

UF	Município	IBGE	Região de Saúde	Ano de Execução	Ordem de Prioridade	Objeto	Tipo	Modalidade	Valor	Nome do Estabelecimento	Esfera de Gestão responsável pelo serviço	CNES	Natureza Jurídica	Esfera de Gestão Responsável pelo aporte financeiro (Estado ou Município)	Status
RS	Camaquã	4303509	9	2021	3	Habilitação	CER	Auditiva Física e Intelectual	R\$ 200.000,00	APAE de Camaquã	Municipal	3848094	Entidade sem fins lucrativos	Estadual	Pleito novo
					9	Equipamentos	CER	Auditiva Física e Intelectual	R\$ 1.500.000,00						
RS	Osório	4313508	5	2021	14	Habilitação	CER	Intelectual (ampliação para CER IV)	R\$ 145.000,00 (diferença custeio)	Centro De Reabilitacao Fisica Auditiva e Visual (CER III)	Municipal	9116915	Administração pública	Estadual	Em tramitação
RS	Igrejinha	4310108	6	2021	13	Habilitação	CER	Auditiva, física e intelectual	R\$ 200.000,00	Secretaria Municipal de Saúde	Municipal	7744811	Administração pública	Estadual	Pleito novo
					13	Construção	CER		R\$ 3.750.000,00						
					13	Equipamentos	CER		R\$ 1.500.000,00						
RS	Sapucaia do Sul	4320008	8	2021	15	Habilitação	CER	Auditiva, física e intelectual	R\$ 200.000,00	Fundação Hospitalar Getúlio Vargas	Municipal	2232162	Administração pública	Municipal	Pleito novo
					15	Construção	CER		R\$ 3.750.000,00						
					15	Equipamentos	CER		R\$ 1.500.000,00						
RS	Porto Alegre	4314902	10	2021	9	Habilitação	CER	Auditiva e Física	R\$ 140.000,00	AACD	Municipal	3018865	Entidade sem fins lucrativos	Municipal	Pleito novo
						Reforma/ampliação	CER		R\$ 1.000.000,00						Pleito novo
						Equipamentos	CER		R\$ 1.000.000,00						Pleito novo
RS	Bagé	4301602	22	2021	5	Habilitação	CER	Física, auditiva e intelectual	R\$ 200.000,00	SMS de Bagé	Municipal	2261448	Administração pública	Estadual	Pleito novo
					5	Reforma/ampliação	CER	Física, auditiva e intelectual	R\$ 1.000.000,00						

RS	Erechim	4307005	16	2021	4	Habilitação	CER	Intelectual e auditiva	R\$ 140.000,00	APAE de Erechim	Estadual	5120985	Entidade sem fins lucrativos	Estadual	Pleito novo	
						Reforma/ampliação			R\$ 1.000.000,00						Pleito novo	
						Equipamentos			R\$ 1.000.000,00						Pleito novo	
RS	Passo Fundo	4314100	17	2021	12	Habilitação	CER	Física e intelectual	R\$ 140.000,00	APAE de Passo Fundo	Estadual	5583497	Entidade sem fins lucrativos	Estado	pleito novo	
					Equipamentos	R\$ 1.000.000,00										
					8	Habilitação	CER	Física, intelectual, visual e auditiva	R\$ 345.000,00	ACD	Estadual	7179634	associação privada	Estadual	qualificação COM SAIPS aprovado	
RS	Tenente Portela	4321402	15	2021	3*	Habilitação	Oficina Ortopédica	Fixa	R\$ 54.000,00	Hospital Santo Antônio	Estadual	5384117	Filantrópica	Estadual	pleito novo	
									R\$ 350.000,00							pleito novo
									R\$ 250.000,00							
RS	Ibirubá	4310009	12	2021	10	Habilitação	CER	Intelectual e física	R\$ 140.000,00	APAE de Ibirubá	Municipal	7900686	Entidade sem fins lucrativos	Municipal	Pleito novo	
						Reforma/ampliação			R\$ 1.000.000,00							
						Equipamentos			R\$ 1.000.000,00							
RS	Ijuí	4310207	13	2021	6	Habilitação	CER	Física, Visual e Intelectual	R\$ 200.000,00	Unidade de reabilitação Física/Unijuí	Municipal	6590543	Pública	Estadual	SAIPS Aprovado	
						Reforma/ampliação			R\$ 1.000.000,00							
						Equipamentos			R\$ 1.000.000,00							
RS	Crissiumal	4306007	13	2021	16	Equipamentos	CER	Física e Intelectual	R\$ 140.000,00	APAE de Crissiumal	Municipal	3915611	Entidade sem fins lucrativos	Estadual	Pleito novo	
						Reforma/ampliação			R\$ 1.000.000,00							
						Equipamentos			R\$ 1.000.000,00							

RS	Giruá	4309001	14	2021	2*	Habilitação	Oficina Ortopédica	Fixa	R\$ 54.000,00	Hospital São José de Giruá	Municipal	2260069	Entidade sem fins lucrativos	Municipal	Em tramitação
						Construção			R\$ 250.000,00						
						Aquisição de equipamentos			R\$ 350.000,00						
RS	Santa Rosa	4317202	14	2021	11	Construção	CER	Auditiva e Intelectual	R\$ 2.500.000,00	FUMSAR	Municipal	7509456	Público	Municipal	Pleito novo

OBRAS CONCLUÍDAS/EM CONCLUSÃO A SEREM HABILITADAS

RS	Novo Hamburgo	4313409	7	2021	****	Habilitacao e custeio de OPM	CER	Auditiva, física, visual e intelectual	R\$ 345.000,00	SMS de NH	Municipal	0058807	Administração pública	Municipal	SAIPS EM DILIGÊNCIA PARA HABILITAÇÃO
RS	Alegrete	4300406	3	2020	***	Construção	CER	Auditiva e Física	R\$ 2.429.163,72	novo estabelecimento	Municipal		Administração Publica	Municipal	Obra em fase de conclusão. Equipamentos licitados

Legenda

* prioridade para oficina ortopédica

** qualificação em alta complexidade

*** a obra está quase concluída

**** local já com SAIPS para habilitação

7. ANÁLISE ATUAL E AVANÇOS NECESSÁRIOS À RCPcD

Após estes anos decorridos da implantação da RCPcD, percebemos muitos avanços e desafios que ficam evidenciados neste Plano Estadual. Podemos destacar como avanços: o aumento da dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPMs), dos atendimentos em estimulação precoce, dos atendimentos em reabilitação, do número de serviços de reabilitação regulados, da cobertura da Triagem Auditiva Neonatal (TAN), bem como o fato de todos os CER habilitados até o ano de 2018 terem recebido veículos adaptados para transporte de pessoas com deficiência. Além disto, ocorreu a ampliação da rede, a partir da habilitação de 70% dos serviços previstos no Plano de 2013. Percebe-se também, a partir das análises regionais, que muitas ações intersetoriais e de educação permanente foram implementadas, contribuindo para a qualificação do cuidado nos territórios.

Apesar dos avanços citados, percebemos que a questão da articulação entre os pontos de atenção que compõem a RCPcD necessita de melhorias, seja através da capacitação das equipes de saúde dos municípios, da ampliação destas equipes (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e Terapeutas Ocupacionais), do estabelecimento de protocolos e do desenho das linhas de cuidado à pessoa com deficiência, a fim de qualificar os fluxos de encaminhamento (referência e contrarreferência). Além disso, as ações intersetoriais que envolvem as demais Políticas Públicas como a Educação, Assistência Social e Trabalho, exigem uma articulação efetiva com a RCPcD, a fim de que o cuidado prestado às pessoas com deficiência proporcione de fato maior autonomia, qualidade de vida, acessibilidade e inclusão social, previstos na legislação.

Esta articulação contribui tanto para o encaminhamento ao tratamento no tempo oportuno quanto para garantir a continuidade do cuidado após a alta dos serviços especializados. Observa-se inclusive que deveria ocorrer a contratação de um número mais expressivo de profissionais de saúde especializados nos municípios, a fim de garantir uma maior cobertura de atendimentos.

Outro aspecto que deve ser considerado, é que a habilitação dos Centros Especializados em Reabilitação pelo Ministério da Saúde implica em impacto financeiro de custeio, conforme a modalidade (II, III ou IV), porém, os novos serviços habilitados (aqueles que não funcionavam como modalidade única) não estão sendo contemplados com o recurso de financiamento da produção de OPM, cujo recurso é teto MAC, devendo ser repassado aos Estados e municípios que tem a gestão, pelo Ministério da Saúde. Devido a este fator o Estado tem dificuldade de encontrar proponentes que queiram habilitar-se e fazer parte da RCPcD em locais do Estado que existem grandes vazios assistenciais.

Além disso, a Portaria SAS/MS nº 790 de 1º de setembro de 2014, que incluiu a criação de regra contratual no CNES para o não pagamento da produção de média complexidade, na prática,

vem obstaculizando a manutenção dos serviços, pois estes são financiados somente com o recurso do custeio independente da sua produção de avaliações, terapias e dispensação de OPM e este valor não sofreu reajuste desde 2012, o que vem dificultando a operação superavitária das unidades e a prospecção de novos proponentes a serem habilitados. Apesar da referida portaria prever a criação de grupo de trabalho para pensar em formas de custeio destes dispositivos, não houve a formação de corpo técnico para tal fim, por parte do MS, o que prejudica ainda mais o avanço dos pleitos já realizados pela SES/RS para aporte de Teto para financiamento de OPM.

Existe a necessidade urgente de o Ministério da Saúde atualizar a Tabela SUS de OPM não ligadas ao ato cirúrgico, concedidas nos serviços de reabilitação, no que tange à nomenclatura, descrição, inclusão de novos dispositivos mais modernos, atualização de atributos e reajuste de valores. A evolução técnico-científica, a melhoria dos materiais orto-protéticos somados à necessidade de importação desses dispositivos não estão sendo acompanhados pelas normas do referido órgão, o que muitas vezes, pela necessidade do usuário, força os serviços a dispensarem materiais que não são cobertos pela Tabela SUS e ou prejudica os usuários que teriam indicação do uso de algum material mais tecnológico devido ao seu quadro clínico e funcional, que não é ofertado pela Rede Pública.

Com relação à Reabilitação Intelectual, as análises regionais revelam um problema significativo quanto às filas de espera, muitas vezes internas, que ocorrem nos serviços, sejam CER, sejam de modalidade única (APAE) de atendimento. Ocorre que os pacientes que necessitam de reabilitação intelectual, possuem deficiência intelectual, Transtorno do Espectro do Autismo e/ou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor indicativo de patologias neurológicas, entre outras.

Este perfil de paciente necessita de atendimentos de longa duração, pois as necessidades dizem respeito, na maioria das vezes, à habilitação do sujeito nas mais diversas áreas (cognição, linguagem, autocuidado, autonomia, desempenho escolar e de socialização, entre muitas outras) e não somente a uma reabilitação no sentido restrito do termo (voltar a ser como antes). Além disso, com a identificação precoce de atrasos e sinais de alerta no desenvolvimento neuropsicomotor, as crianças/bebês têm chegado cada vez mais cedo nos serviços, o que é fundamental para a estimulação no tempo oportuno, melhor fase para o desenvolvimento de aquisições. Porém, estes usuários permanecem longos períodos nos serviços de reabilitação intelectual, que tem dificuldade em dar alta para os mesmos, devido à desassistência ou assistência precária recebida ao saírem desses espaços.

Além do fato dos pacientes permanecerem um período de tempo elevado vinculados aos serviços, outra questão importante para ampliação da rede e do número de vagas nesta área é a

questão dos deslocamentos. Para que o tratamento seja viável, é necessário que as distâncias percorridas sejam minimamente aceitáveis, já que o tratamento requer longo período e frequência elevada de atendimentos. De outra forma, pacientes com TEA ou Deficiência Intelectual, pelas próprias características dos quadros, podem não suportar longas viagens e esperas a fim de receberem os atendimentos, sob pena de causar danos para os mesmos e suas famílias.

Desta forma, percebe-se a necessidade custeio para novos serviços de modalidade única, assim como o aporte de recursos para os já existentes para a ampliação do número de vagas, a fim reduzirem as elevadas filas de espera e de qualificar o atendimento recebido pelos usuários. Os Centros Especializados em Reabilitação foram um grande avanço na atenção a pessoa com deficiência, ao ofertarem cuidado integral e compartilhado com outras especialidades. Porém, constatamos que há uma grande demanda na especialidade da Reabilitação Intelectual, sem o devido atendimento.

De modo específico, constatamos que há municípios menores e regiões com vazios assistências, nos quais não comportam um CER, mas sim a habilitação de um serviço de modalidade única SUS, que faria grande diferença no acesso à reabilitação da pessoa com deficiência intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo. Entendemos que seria importante e necessário haver a possibilidade de habilitar serviços em modalidade única, principalmente outras APAES (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), que são serviços que já compõe os territórios, já possuem conhecimento do público-alvo e equipe técnica multiprofissional para atuar na Reabilitação Intelectual.

Neste sentido lembramos da Portaria MS/GM nº 3.687 de 22 de dezembro de 2017 que além de estabelecer a alteração de valores de procedimento, definiu estratégias para ampliação de acesso a procedimento de Reabilitação intelectual, através de um Plano Operativo. Este plano foi realizado estabelecendo novos serviços para compor a RCPcD, com o intuito de amenizar as dificuldades existentes, porém, apesar de o Plano ter sido aprovado, o recurso para a habilitação dos novos serviços (APAES) e aumento de número de vagas não foi recebido, (recebemos a informação que está em sobrestamento para publicação, desde o dia 09/01/2020, no Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/MS, conforme consulta ao NUP do processo nº 25000.089914/2018-70.)

Vale ressaltar ainda a demanda que vem sendo tratada em processos judicializados, onde há solicitação com indicação médica para tratamentos que não constam na tabela SUS como musicoterapia (na atenção especializada), hidroteterapia, equoterapia e outros. Estas são práticas terapêuticas cada vez mais difundidas e solicitadas conjuntamente com o tratamento convencional,

as quais o Sistema único de Saúde poderia ofertar. Poder oferecer outros tipos de tratamentos, com evidências científicas, ampliaria as técnicas utilizadas em reabilitação.

Em relação à musicoterapia, conforme publicação de Sampaio et al, (2015) estudos recentes em neurociências têm trazidos novas luzes sobre a estrutura e o funcionamento do sistema nervoso de pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), incluindo o modo como essa população processa a música. A utilização desses conhecimentos pela área da musicoterapia fornece novas explicações a respeito do modo pelo qual a música pode ser utilizada no contexto de uma relação terapêutica para promover melhora da saúde, bem como para subsidiar novas abordagens clínicas de tratamento, diagnóstico e avaliação do processo terapêutico de pessoas com TEA.

Em relação a atenção ao paciente estomizado nos Centros Especializados em Reabilitação com modalidade de reabilitação física, conforme preconizado no instrutivo da RCPcD, devido a falta de incremento para custear as ações nesse sentido, tendo que possuir uma equipe técnica maior e especializada, e os serviços não se propõem a acolher essas demandas.

Outra questão com relação às estomias diz respeito a Portaria MS/SAS nº 400 de 16 de novembro de 2009 que estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. O Ministério da Saúde, à época da publicação da referida portaria não aportou recursos, tampouco posteriormente, aos tetos de Média e Alta Complexidades dos Estados e Municípios. O Rio Grande do Sul tem custeado as OPM's de gastroenterologia e urologia.

Além disso, os pacientes traqueostomizados decorrentes de câncer de laringe total ou parcial, são considerados pacientes ostomizados e necessitam dos insumos de ostomia respiratória. A laringe eletrônica, foi incorporada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde em setembro de 2018 mas ainda não tem código na tabela.

Diante do exposto, entendemos que cabe à Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde o aporte financeiro ao Estado do Rio Grande do Sul para o atendimento ao paciente ostomizado com fornecimento de insumos, bem como a incorporação na Tabela SUS de dispositivos para a atenção ao paciente com ostomia respiratória. Dentre as OPM's respiratórias, as quais tem função de proteção, filtragem e permutação de calor e umidade e reabilitação pulmonar, estão o protetor de traqueostomia e o adesivo para traqueostomia.

A reabilitação auditiva possui a maior fila de espera para acessar os serviços. Considerando-se o envelhecimento da população, a tendência é de aumento da demanda, com a ocorrência da presbiacusia (perda da audição em decorrência da idade). Devido ao tempo de espera

na fila, percebe-se o aumento da judicialização. Ocorre que os serviços de modalidade única não recebem recurso de custeio, e o valor repassado na época da habilitação, não permite ampliar a oferta. Além disso, fica comprometida a continuidade do cuidado, quando os serviços não conseguem atender a demanda interna, para reposições dos aparelhos auditivos, após anos de uso.

O Implante Coclear é a tecnologia mais avançada e com resultados muito positivos para crianças e adultos com perda auditiva severa/profunda bilateral. O Rio Grande do Sul possui apenas um serviço credenciado em Implante Coclear, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o que é insuficiente conforme o parâmetro populacional, havendo a necessidade de ampliação da oferta no HCPA, bem como a habilitação, pelo Ministério da Saúde, de outro serviço.

Referente à Triagem Auditiva Neonatal, o desafio é a ampliação da cobertura para 95% dos nascidos, sendo necessário a oferta do exame em todas as maternidades do Estado, o que não ocorre por falta do aparelho ou do profissional fonoaudiólogo. Além disso, no segmento do diagnóstico nos casos de alteração no teste da orelhinha, falta oferta do exame Peate para que a Diretriz da Triagem Auditiva Neonatal possa ser cumprida.

Apontamos a necessidade de fortalecimento da participação da comunidade no processo de reabilitação que deve se dar junto aos conselhos de saúde e de direitos da pessoa com deficiência, lideranças da comunidade local, igrejas, escolas, mobilizando-os para que o sujeito seja acolhido e compreendido no território que está inserido, facilitando a acessibilidade e inclusão para que o processo de reabilitação seja completo.

Determinada pela Constituição Federal e pela Lei Complementar nº 8.142/1990, a participação da comunidade de forma institucional é um grande avanço conquistado com o SUS, tornando efetiva a participação de gestores, trabalhadores e usuários na fiscalização e na formulação da política pública da saúde. Os grupos condutores Estadual, Macrorregional e municipais, bem como as Conferências Estadual e Municipais de Saúde, também são espaços que objetivam monitorar e qualificar os atendimentos e as ações desenvolvidas pelos serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Plano Nacional de Saúde 2020/2023. Brasília, 2020. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017. Anexo VI. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017. Capítulo IV. Financiamento da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência. Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.559, de 01 de agosto de 2008. Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008. Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3128_24_12_2008>

BRASIL, Ministério da Saúde. Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual. Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.303, de 02 de agosto de 2010. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112303.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Caderno de Textos. Cartilhas da Política Nacional de Humanização, Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pnaisc/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. 1ª reimpressão, Série B, Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2008. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF, 6 de junho de 2002. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Diário Oficial da União. Poder Executivo. Brasília/DF. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde Departamento de Atenção Básica. Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível

em:<<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114701-20141103160921ms-prt2681.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Diário Oficial da União. Poder Executivo. Brasília/DF. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limites. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF, 18 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm>

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União. Poder Executivo. Brasília/DF: 7 de julho de 2015.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/113146.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília/DF, 2018. Disponível em:

<<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pnaisc/>>

COMITÊ MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. Nota técnica: Triagem Auditiva Neonatal Universal em tempos de pandemia. 26 de maio de 2020. 4f. Disponível em:

<<http://www.sbotologia.org.br/detalhe-noticia/363/nota-tecnica---comite%20multiprofissional-em-saude-auditiva---comusa>>

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e Estados, 2020 (*site*). Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>>

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde - 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Coordenação de Trabalho e Rendimento (Org). Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p. Disponível em

<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Nota Técnica 01/2018. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo Washington. Disponível em:

ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf>

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank ; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo : SEDPCD, 2012. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf;jsessionid=5ECADD5DE71067D69CA8FE062A008BF0?sequence=4>

RIO GRANDE DO SUL. Plano Estadual de Saúde: 2016/2019. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Plano Estadual de Saúde: 2020/2023. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2020

RIO GRANDE DO SUL. Resolução nº 362/18 - CIB/RS. Porto Alegre. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Assembléia Legislativa. Lei nº 15.322, de 25 de setembro de 2019. (publicada no DOE n.º 188, de 26 de setembro de 2019) Institui a Política de Atendimento Integrado à Pessoa com Transtornos do Espectro Autista no Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/LEI%2015.322.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Lei nº 13.411, de 05 de abril de 2010. (publicada no DOE nº 063, de 06 de abril de 2010) Determina a obrigatoriedade da realização do “Teste do Olhinho” e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/13.411.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Lei nº 14.046, de 09 de julho de 2012 (publicada no DOE nº 132, de 10 de julho de 2012). Garante a realização do “Teste do Coraçõzinho” (exame de oximetria de pulso) em todos os recém nascidos nas maternidades da Rede Hospitalar do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/14.046.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Comissão Intergetores Bipartite (CIB). Resolução nº 50, de 2018. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180314/13151402-cibr050-18.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Comissão Intergetores Bipartite (CIB). Resolução nº 188, de 2018. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180633/22173349-cibr188-18.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Resolução 283, de 2013. Disponível em <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170253/23105331-1373641955-cibr283-13.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Nota Técnica 01/2019. Assistência à Saúde da Criança de 0-2 anos na Atenção Básica. Disponível em: <<https://atencobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/18161725-nota-tecnica-saude-da-crianca.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Resolução 454, de 2017. Disponível em

<<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171020/19132005-plano-estadual-rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Diretrizes da Reabilitação Física e orientações para Concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018. Disponível em:

><https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180359/07155907-diretrizes-da-reabilitacao-fisica-e-concessao-de-opm-do-rs.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Diretrizes da Reabilitação Intelectual do Estado do Rio Grande do Sul. Atenção à pessoa com deficiência intelectual e/ou transtorno do espectro autista. Porto Alegre, 2019. Disponível

em<<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190943/10094358-cibr322-19.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Portal BI. Disponível em:

<<https://bi.saude.rs.gov.br/index.htm>>

SAMPAIO, R. T. et. al. A Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo...Per Musi. Belo Horizonte, n. 32, 2015, p.137-170.).

SANTOS, V. L. C. G. Cesaretti, I. U. R. Assistência em Estomaterapia - Cuidando de Pessoas com Estomia - 2ª Ed. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Protocolos de encaminhamento para Reabilitação Auditiva Pediátrica. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 31 jul 2020. Disponível em: <
https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_reabilita%C3%A7%C3%A3o_auditiva_pedi%C3%A1trico.pdf>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE

DO SUL. Secretaria da Saúde. Protocolos de encaminhamento para Reabilitação Auditiva Adulto. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 31 jul 2020. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_reabilita%C3%A7%C3%A3o_auditiva_adulto.pdf

ANEXO I - Análises Regionais da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência

MACRORREGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA

1ª Coordenadoria Regional de Saúde

<https://drive.google.com/file/d/1A3RrajNvO4ANDpbnnh9CBH92eNi4ZRG/view?usp=sharing>

2ª Coordenadoria Regional de Saúde

<https://drive.google.com/file/d/180N6hvaCvg93pH2jwqZdfJzdz-o6h6c7/view?usp=sharing>

18ª Coordenadoria Regional de Saúde

https://drive.google.com/file/d/1DsLibuUrjHKnw4_04dffW1JwUBUPtMZ/view?usp=sharing

MACRORREGIÃO DE SAÚDE NORTE

6ª Coordenadoria Regional de Saúde

https://drive.google.com/file/d/11BTYFB8gYXaDE7nLNY_oHzC2fSfX9lj/view?usp=sharing

11ª Coordenadoria Regional de Saúde

<https://docs.google.com/document/d/1cutkKMW-dLAaWESjCdW-IG5us3eCfFji1lfnoj35ptc/edit?usp=sharing>

15ª Coordenadoria Regional de Saúde

https://drive.google.com/file/d/1MVifOVEjFvBCqWFtQ015iTsE_vd1ZuQZ/view?usp=sharing

19ª Coordenadoria Regional de Saúde

https://drive.google.com/file/d/11Q0U4wzn2j2PDd4S_A5CDtEF914HzCwu/view?usp=sharing

MACRORREGIÃO DE SAÚDE VALES

8ª Coordenadoria Regional de Saúde

https://drive.google.com/file/d/1FavA14-9ynmFUobamSjRrk0Fo1X_1c3I/view?usp=sharing

13ª Coordenadoria Regional de Saúde

<https://drive.google.com/file/d/1FOwStGSwaHGWAakMjft5BmUP4WGGZqfXl/view?usp=sharing>

16ª Coordenadoria Regional de Saúde

<https://drive.google.com/file/d/1F-oLMPeppZmIE5IWM48i5PRMnUvOC9YP/view?usp=sharing>

MACRORREGIÃO DE SAÚDE SUL

3ª Coordenadoria Regional de Saúde

https://drive.google.com/file/d/1vdWE2U5SiTpAB7M1OwAAy_Nx4yPsuBff/view?usp=sharing

7ª Coordenadoria Regional de Saúde

<https://docs.google.com/document/d/1PNde6MABhyiV1Ii5gXAh6EUqLhS2kXM9NHv6TvUFso/edit?usp=sharing>

MACRORREGIÃO DE SAÚDE SERRA

5ª Coordenadoria Regional de Saúde

<https://drive.google.com/file/d/1eqbTOH1InkJ7xh15nT-JeafWMZgZJvwc/view?usp=sharing>

MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO-OESTE

4ª Coordenadoria Regional de Saúde

<https://drive.google.com/file/d/1owcmlfiQ-Hau9KuHHK4e5aLmpVq1q4nS/view?usp=sharing>

https://drive.google.com/file/d/1NI_M-msQOKw5x7SgqQSIU7oKOK59E8s-

[/view?usp=sharing](#)

10ª Coordenadoria Regional de Saúde

<https://drive.google.com/file/d/1wYbrtildo3r-1I58sUUiWZ7f1U5BV0sw/view?usp=sharing>

MACRORREGIÃO DE SAÚDE MISSIONEIRA

9ª Coordenadoria Regional de Saúde

<https://drive.google.com/file/d/1eEWDyBPC6EEh0VupVtPhURZ58MkwpivO/view?usp=sharing>

12ª Coordenadoria Regional de Saúde

<https://docs.google.com/document/d/1XJLmtpradlf9pqsnskNaj6nrbavIKLdTIKpIPhMsbs/edit?usp=sharing>

14ª Coordenadoria Regional de Saúde

<https://drive.google.com/file/d/16zDq8EtNtygEx5Zalh539LFHNys8Xrpm/view?usp=sharing>

17ª Coordenadoria Regional de Saúde

<https://drive.google.com/file/d/1tXtX3MwmfwuDo93Vuor4kOZHqdg86Zpe/view?usp=sharing>

ANEXO II – Municípios do Rio Grande do Sul – População com Deficiência

Macrorregião	CRS	Região de Saúde	IBGE	Município	População RS 2019	Pessoas com Deficiência 6,7%	Def Visual 3,4%	Def. Física 2,3%	Def. Auditiva 1,1%	Def Intelectual 1,4%
Centro-Oeste	4	2	430290	Cacequi	12561	842	427	289	138	176
Centro-Oeste	4	2	430465	Capão do Cipó	3651	245	124	84	40	51
Centro-Oeste	4	1	430637	Dilermando de Aguiar	3014	202	102	69	33	42
Centro-Oeste	4	1	430670	Dona Francisca	3041	204	103	70	33	43
Centro-Oeste	4	1	430800	Faxinal do Soturno	6677	447	227	154	73	93
Centro-Oeste	4	1	430840	Formigueiro	6664	446	227	153	73	93
Centro-Oeste	4	1	431053	Itaara	5499	368	187	126	60	77
Centro-Oeste	4	1	431075	Ivorá	1910	128	65	44	21	27
Centro-Oeste	4	2	431110	Jaguari	10848	727	369	250	119	152
Centro-Oeste	4	2	431113	Jari	3503	235	119	81	39	49
Centro-Oeste	4	1	431120	Júlio de Castilhos	19293	1293	656	444	212	270
Centro-Oeste	4	2	431210	Mata	4823	323	164	111	53	68
Centro-Oeste	4	2	431303	Nova Esperança do Sul	5352	359	182	123	59	75
Centro-Oeste	4	1	431310	Nova Palma	6512	436	221	150	72	91
Centro-Oeste	4	1	431447	Pinhal Grande	4350	291	148	100	48	61
Centro-Oeste	4	1	431532	Quevedos	2788	187	95	64	31	39
Centro-Oeste	4	1	431550	Restinga Seca	15789	1058	537	363	174	221
Centro-Oeste	4	1	431690	Santa Maria	282123	18902	9592	6489	3103	3950
Centro-Oeste	4	2	431740	Santiago	49425	3311	1680	1137	544	692
Centro-Oeste	4	2	431810	São Francisco de Assis	18335	1228	623	422	202	257
Centro-Oeste	4	1	431843	São João do Polêsine	2552	171	87	59	28	36
Centro-Oeste	4	1	431912	São Martinho da Serra	3234	217	110	74	36	45
Centro-Oeste	4	1	431940	São Pedro do Sul	16198	1085	551	373	178	227
Centro-Oeste	4	1	431960	São Sepé	23621	1583	803	543	260	331
Centro-Oeste	4	2	431980	São Vicente do Sul	8721	584	297	201	96	122
Centro-Oeste	4	1	432065	Silveira Martins	2384	160	81	55	26	33
Centro-Oeste	4	1	432149	Toropi	2806	188	95	65	31	39
Centro-Oeste	4	2	432237	Unistalda	2338	157	79	54	26	33
Centro-Oeste	4	1	432345	Vila Nova do Sul	4280	287	146	98	47	60
Centro-Oeste	4	1	431402	Paraíso do Sul	7611	510	259	175	84	107
Centro-Oeste	4	1	430010	Agudo	16461	1103	560	379	181	230
Centro-Oeste	10	3	430040	Alegrete	73589	4930	2502	1693	809	1030
Centro-Oeste	10	3	430187	Barra do Quaraí	4215	282	143	97	46	59
Centro-Oeste	10	3	431060	Itaqui	37620	2521	1279	865	414	527
Centro-Oeste	10	3	431171	Maçambará	4587	307	156	106	50	64
Centro-Oeste	10	3	431175	Manoel Viana	7299	489	248	168	80	102
Centro-Oeste	10	3	431530	Quaraí	22687	1520	771	522	250	318
Centro-Oeste	10	3	431640	Rosário do Sul	39422	2641	1340	907	434	552
Centro-Oeste	10	3	431697	Santa Margarida do Sul	2562	172	87	59	28	36

Centro-Oeste	10	3	431710	Santana do Livramento	77027	5161	2619	1772	847	1078
Centro-Oeste	10	3	431830	São Gabriel	62105	4161	2112	1428	683	869
Centro-Oeste	10	3	432240	Uruguaiana	126970	8507	4317	2920	1397	1778
Metropolitana	1	7	430087	Araricá	5698	382	194	131	63	80
Metropolitana	1	8	430165	Barão	6171	413	210	142	68	86
Metropolitana	1	8	430265	Brochier	5074	340	173	117	56	71
Metropolitana	1	6	430360	Cambará do Sul	6431	431	219	148	71	90
Metropolitana	1	7	430390	Campo Bom	66712	4470	2268	1534	734	934
Metropolitana	1	8	430460	Canoas	346616	23223	11785	7972	3813	4853
Metropolitana	1	8	430468	Capela de Santana	11940	800	406	275	131	167
Metropolitana	1	7	430640	Dois Irmãos	32671	2189	1111	751	359	457
Metropolitana	1	7	430760	Estância Velha	50022	3351	1701	1151	550	700
Metropolitana	1	8	430770	Esteio	83202	5575	2829	1914	915	1165
Metropolitana	1	8	430955	Harmonia	4866	326	165	112	54	68
Metropolitana	1	6	431010	Igrejinha	36899	2472	1255	849	406	517
Metropolitana	1	7	431080	Ivoti	24293	1628	826	559	267	340
Metropolitana	1	7	431162	Lindolfo Collor	6054	406	206	139	67	85
Metropolitana	1	8	431179	Maratá	2691	180	91	62	30	38
Metropolitana	1	8	431240	Montenegro	65264	4373	2219	1501	718	914
Metropolitana	1	7	431247	Morro Reuter	6407	429	218	147	70	90
Metropolitana	1	7	431306	Nova Hartz	21615	1448	735	497	238	303
Metropolitana	1	8	431337	Nova Santa Rita	29300	1963	996	674	322	410
Metropolitana	1	7	431340	Novo Hamburgo	246748	16532	8389	5675	2714	3454
Metropolitana	1	8	431403	Pareci Novo	3837	257	130	88	42	54
Metropolitana	1	6	431405	Parobé	58272	3904	1981	1340	641	816
Metropolitana	1	7	431480	Portão	37079	2484	1261	853	408	519
Metropolitana	1	7	431514	Presidente Lucena	2901	194	99	67	32	41
Metropolitana	1	6	431575	Riozinho	4653	312	158	107	51	65
Metropolitana	1	6	431600	Rolante	21349	1430	726	491	235	299
Metropolitana	1	8	431650	Salvador do Sul	7799	523	265	179	86	109
Metropolitana	1	7	431695	Santa Maria do Herval	6331	424	215	146	70	89
Metropolitana	1	6	431820	São Francisco de Paula	21710	1455	738	499	239	304
Metropolitana	1	7	431848	São José do Hortêncio	4804	322	163	110	53	67
Metropolitana	1	8	431861	São José do Sul	2408	161	82	55	26	34
Metropolitana	1	7	431870	São Leopoldo	236835	15868	8052	5447	2605	3316
Metropolitana	1	8	431935	São Pedro da Serra	3801	255	129	87	42	53
Metropolitana	1	8	431950	São Sebastião do Caí	25685	1721	873	591	283	360
Metropolitana	1	7	431990	Sapiranga	81734	5476	2779	1880	899	1144
Metropolitana	1	8	432000	Sapucaia do Sul	141075	9452	4797	3245	1552	1975
Metropolitana	1	6	432120	Taquara	57466	3850	1954	1322	632	805
Metropolitana	1	6	432170	Três Coroas	28220	1891	959	649	310	395
Metropolitana	1	8	432200	Triunfo	29538	1979	1004	679	325	414
Metropolitana	1	8	432225	Tupandi	4855	325	165	112	53	68
Metropolitana	1	8	432085	Tabaí	4719	316	160	109	52	66
Metropolitana	2	10	430060	Alvorada	210305	14090	7150	4837	2313	2944
Metropolitana	2	9	430085	Arambaré	3581	240	122	82	39	50
Metropolitana	2	9	430110	Arroio dos Ratos	14151	948	481	325	156	198
Metropolitana	2	9	430175	Barão do Triunfo	7487	502	255	172	82	105

Metropolitana	2	9	430190	Barra do Ribeiro	13491	904	459	310	148	189
Metropolitana	2	9	430270	Butiá	20941	1403	712	482	230	293
Metropolitana	2	10	430310	Cachoeirinha	130293	8730	4430	2997	1433	1824
Metropolitana	2	9	430350	Camaquã	66261	4439	2253	1524	729	928
Metropolitana	2	9	430517	Cerro Grande do Sul	12239	820	416	281	135	171
Metropolitana	2	9	430535	Charqueadas	40789	2733	1387	938	449	571
Metropolitana	2	9	430544	Chuí	5441	365	185	125	60	76
Metropolitana	2	9	430650	Dom Feliciano	15414	1033	524	355	170	216
Metropolitana	2	9	430676	Eldorado do Sul	41285	2766	1404	950	454	578
Metropolitana	2	9	430880	General Câmara	8385	562	285	193	92	117
Metropolitana	2	10	430905	Glorinha	8098	543	275	186	89	113
Metropolitana	2	10	430920	Gravataí	281519	18862	9572	6475	3097	3941
Metropolitana	2	9	430930	Guaíba	98143	6576	3337	2257	1080	1374
Metropolitana	2	9	431198	Mariana Pimentel	3885	260	132	89	43	54
Metropolitana	2	9	431225	Minas do Leão	8075	541	275	186	89	113
Metropolitana	2	10	431490	Porto Alegre	1483771	99413	50448	34127	16321	20773
Metropolitana	2	9	431840	São Jerônimo	24248	1625	824	558	267	339
Metropolitana	2	9	432035	Sentinela do Sul	5581	374	190	128	61	78
Metropolitana	2	9	432055	Sertão Santana	6486	435	221	149	71	91
Metropolitana	2	9	432110	Tapes	17300	1159	588	398	190	242
Metropolitana	2	10	432300	Viamão	255224	17100	8678	5870	2807	3573
Metropolitana	18	4	430105	Arroio do Sal	10065	674	342	231	111	141
Metropolitana	18	5	430163	Balneário Pinhal	14068	943	478	324	155	197
Metropolitana	18	4	430463	Capão da Canoa	53049	3554	1804	1220	584	743
Metropolitana	18	5	430467	Capivari do Sul	4660	312	158	107	51	65
Metropolitana	18	5	430471	Caraá	8270	554	281	190	91	116
Metropolitana	18	5	430545	Cidreira	16254	1089	553	374	179	228
Metropolitana	18	4	430655	Dom Pedro de Alcântara	2534	170	86	58	28	35
Metropolitana	18	5	431033	Imbé	22800	1528	775	524	251	319
Metropolitana	18	4	431065	Itati	2419	162	82	56	27	34
Metropolitana	18	4	431173	Mampituba	2981	200	101	69	33	42
Metropolitana	18	4	431177	Maquíné	6714	450	228	154	74	94
Metropolitana	18	4	431244	Morrinhos do Sul	2949	198	100	68	32	41
Metropolitana	18	5	431250	Mostardas	12804	858	435	294	141	179
Metropolitana	18	5	431350	Osório	45994	3082	1564	1058	506	644
Metropolitana	18	5	431365	Palmares do Sul	11318	758	385	260	124	158
Metropolitana	18	5	431760	Santo Antônio da Patrulha	42894	2874	1458	987	472	601
Metropolitana	18	5	432135	Tavares	5481	367	186	126	60	77
Metropolitana	18	4	432143	Terra de Areia	11204	751	381	258	123	157
Metropolitana	18	4	432150	Torres	38732	2595	1317	891	426	542
Metropolitana	18	5	432160	Tramandaí	51715	3465	1758	1189	569	724
Metropolitana	18	4	432166	Três Cachoeiras	11053	741	376	254	122	155
Metropolitana	18	4	432183	Três Forquilhas	2697	181	92	62	30	38
Metropolitana	18	4	432380	Xangri-lá	16408	1099	558	377	180	230
Missioneira	4	2	431055	Itacurubi	3465	232	118	80	38	49
Missioneira	9	12	432220	Tupanciretã	23948	1605	814	551	263	335
Missioneira	9	12	430222	Boa Vista do Cadeado	2470	165	84	57	27	35
Missioneira	9	12	430223	Boa Vista do Inca	2603	174	89	60	29	36
Missioneira	9	12	430560	Colorado	3175	213	108	73	35	44

Missioneira	9	12	430610	Cruz Alta	60299	4040	2050	1387	663	844
Missioneira	9	12	430845	Fortaleza dos Valos	4320	289	147	99	48	60
Missioneira	9	12	431000	Ibirubá	20350	1363	692	468	224	285
Missioneira	9	12	431087	Jacuizinho	2692	180	92	62	30	38
Missioneira	9	12	431535	Quinze de Novembro	3796	254	129	87	42	53
Missioneira	9	12	431643	Saldanha Marinho	2650	178	90	61	29	37
Missioneira	9	12	431645	Salto do Jacuí	12449	834	423	286	137	174
Missioneira	9	12	431670	Santa Bárbara do Sul	7994	536	272	184	88	112
Missioneira	9	12	432030	Selbach	5100	342	173	117	56	71
Missioneira	12	11	431800	São Borja	60282	4039	2050	1386	663	844
Missioneira	12	11	430250	Bossoroca	6279	421	213	144	69	88
Missioneira	12	11	430330	Caibaté	4846	325	165	111	53	68
Missioneira	12	11	430520	Cerro Largo	14133	947	481	325	155	198
Missioneira	12	11	430635	Dezesseis de Novembro	2427	163	83	56	27	34
Missioneira	12	11	430693	Entre-Ijuís	8475	568	288	195	93	119
Missioneira	12	11	430783	Eugênio de Castro	2396	161	81	55	26	34
Missioneira	12	11	430865	Garruchos	2924	196	99	67	32	41
Missioneira	12	11	430950	Guarani das Missões	7537	505	256	173	83	106
Missioneira	12	11	431217	Mato Queimado	1648	110	56	38	18	23
Missioneira	12	11	431455	Pirapó	2304	154	78	53	25	32
Missioneira	12	11	431510	Porto Xavier	10246	686	348	236	113	143
Missioneira	12	11	431595	Rolador	2323	156	79	53	26	33
Missioneira	12	11	431630	Roque Gonzales	6847	459	233	157	75	96
Missioneira	12	11	431647	Salvador das Missões	2733	183	93	63	30	38
Missioneira	12	11	431750	Santo Ângelo	77593	5199	2638	1785	854	1086
Missioneira	12	11	431770	Santo Antônio das Missões	10175	682	346	234	112	142
Missioneira	12	11	431890	São Luiz Gonzaga	33468	2242	1138	770	368	469
Missioneira	12	11	431915	São Miguel das Missões	7673	514	261	176	84	107
Missioneira	12	11	431920	São Nicolau	5265	353	179	121	58	74
Missioneira	12	11	431937	São Pedro do Butiá	2947	197	100	68	32	41
Missioneira	12	11	432057	Sete de Setembro	1970	132	67	45	22	28
Missioneira	12	11	432234	Ubiretama	2015	135	69	46	22	28
Missioneira	12	11	432375	Vitória das Missões	3133	210	107	72	34	44
Missioneira	14	14	430030	Alecrim	5950	399	202	137	65	83
Missioneira	14	14	430045	Alegria	3464	232	118	80	38	48
Missioneira	14	14	430220	Boa Vista do Buricá	6712	450	228	154	74	94
Missioneira	14	14	430370	Campina das Missões	5474	367	186	126	60	77
Missioneira	14	14	430430	Cândido Godói	6198	415	211	143	68	87
Missioneira	14	14	430673	Doutor Maurício Cardoso	4549	305	155	105	50	64
Missioneira	14	14	430900	Giruí	16004	1072	544	368	176	224
Missioneira	14	14	430960	Horizontalina	19329	1295	657	445	213	271
Missioneira	14	14	431040	Independência	6167	413	210	142	68	86
Missioneira	14	14	431301	Nova Candelária	2698	181	92	62	30	38
Missioneira	14	14	431342	Novo Machado	3323	223	113	76	37	47

Missioneira	14	14	431500	Porto Lucena	4678	313	159	108	51	65
Missioneira	14	14	431505	Porto Mauá	2374	159	81	55	26	33
Missioneira	14	14	431507	Porto Vera Cruz	1360	91	46	31	15	19
Missioneira	14	14	431720	Santa Rosa	73254	4908	2491	1685	806	1026
Missioneira	14	14	431790	Santo Cristo	14257	955	485	328	157	200
Missioneira	14	14	431849	São José do Inhacorá	2073	139	70	48	23	29
Missioneira	14	14	431930	São Paulo das Missões	5790	388	197	133	64	81
Missioneira	14	14	432032	Senador Salgado Filho	2779	186	94	64	31	39
Missioneira	14	14	432180	Três de Maio	23906	1602	813	550	263	335
Missioneira	14	14	432210	Tucunduva	5678	380	193	131	62	79
Missioneira	14	14	432230	Tuparendi	7893	529	268	182	87	111
Missioneira	17	13	430020	Ajuricaba	7024	471	239	162	77	98
Missioneira	17	13	430150	Augusto Pestana	6661	446	226	153	73	93
Missioneira	17	13	430258	Bozano	2123	142	72	49	23	30
Missioneira	17	13	430400	Campo Novo	4484	300	152	103	49	63
Missioneira	17	13	430500	Catuípe	8774	588	298	202	97	123
Missioneira	17	13	430540	Chiapetta	3756	252	128	86	41	53
Missioneira	17	13	430570	Condor	6753	452	230	155	74	95
Missioneira	17	13	430587	Coronel Barros	2519	169	86	58	28	35
Missioneira	17	13	430600	Crissiumal	13448	901	457	309	148	188
Missioneira	17	13	430970	Humaitá	4762	319	162	110	52	67
Missioneira	17	13	431020	Ijuí	83475	5593	2838	1920	918	1169
Missioneira	17	13	431041	Inhacorá	2226	149	76	51	24	31
Missioneira	17	13	431115	Jóia	8560	574	291	197	94	120
Missioneira	17	13	431333	Nova Ramada	2242	150	76	52	25	31
Missioneira	17	13	431390	Panambi	43667	2926	1485	1004	480	611
Missioneira	17	13	431430	Pejuçara	3874	260	132	89	43	54
Missioneira	17	13	431780	Santo Augusto	13885	930	472	319	153	194
Missioneira	17	13	431910	São Martinho	5426	364	184	125	60	76
Missioneira	17	13	431973	São Valério do Sul	2727	183	93	63	30	38
Missioneira	17	13	432023	Sede Nova	2907	195	99	67	32	41
Missioneira	19	15	430185	Barra do Guarita	3248	218	110	75	36	45
Missioneira	19	15	430237	Bom Progresso	1942	130	66	45	21	27
Missioneira	19	15	430632	Derrubadas	2805	188	95	65	31	39
Missioneira	19	15	430745	Esperança do Sul	2926	196	99	67	32	41
Missioneira	19	15	432140	Tenente Portela	13485	903	458	310	148	189
Missioneira	19	15	432147	Tiradentes do Sul	5704	382	194	131	63	80
Missioneira	19	15	432190	Três Passos	23906	1602	813	550	263	335
Missioneira	19	15	432370	Vista Gaúcha	2851	191	97	66	31	40
Norte	6	18	430005	Água Santa	3748	251	127	86	41	52
Norte	6	17	430047	Almirante Tamandaré do Sul	1964	132	67	45	22	27
Norte	6	19	430055	Alto Alegre	1638	110	56	38	18	23
Norte	6	18	430066	André da Rocha	1333	89	45	31	15	19
Norte	6	18	430180	Barracão	5275	353	179	121	58	74
Norte	6	18	430320	Cacique Doble	5065	339	172	116	56	71
Norte	6	17	430355	Camargo	2733	183	93	63	30	38
Norte	6	19	430410	Campos Borges	3320	222	113	76	37	46

Norte	6	18	430462	Capão Bonito do Sul	1654	111	56	38	18	23
Norte	6	17	430470	Carazinho	62110	4161	2112	1429	683	870
Norte	6	17	430490	Casca	9031	605	307	208	99	126
Norte	6	18	430495	Caseiros	3202	215	109	74	35	45
Norte	6	17	430550	Ciriaco	4747	318	161	109	52	66
Norte	6	17	430585	Coqueiros do Sul	2306	155	78	53	25	32
Norte	6	17	430597	Coxilha	2756	185	94	63	30	39
Norte	6	17	430630	David Canabarro	4740	318	161	109	52	66
Norte	6	17	430705	Ernestina	3168	212	108	73	35	44
Norte	6	19	430750	Espumoso	15588	1044	530	359	171	218
Norte	6	17	430885	Gentil	1634	109	56	38	18	23
Norte	6	18	430980	Ibiaçá	4709	316	160	108	52	66
Norte	6	18	430990	Ibiraiaras	7262	487	247	167	80	102
Norte	6	19	430995	Ibirapuitã	4013	269	136	92	44	56
Norte	6	19	431125	Lagoão	6452	432	219	148	71	90
Norte	6	17	431127	Lagoa dos Três Cantos	1609	108	55	37	18	23
Norte	6	18	431130	Lagoa Vermelha	27807	1863	945	640	306	389
Norte	6	18	431170	Machadinho	5445	365	185	125	60	76
Norte	6	17	431180	Marau	44161	2959	1501	1016	486	618
Norte	6	17	431213	Mato Castelhano	2540	170	86	58	28	36
Norte	6	18	431220	Maximiliano de Almeida	4377	293	149	101	48	61
Norte	6	17	431235	Montauri	1453	97	49	33	16	20
Norte	6	19	431242	Mormaço	3085	207	105	71	34	43
Norte	6	17	431262	Muliterno	1893	127	64	44	21	27
Norte	6	17	431265	Não-Me-Toque	17624	1181	599	405	194	247
Norte	6	17	431267	Nicolau Vergueiro	1682	113	57	39	19	24
Norte	6	17	431275	Nova Alvorada	3625	243	123	83	40	51
Norte	6	18	431360	Paim Filho	3828	256	130	88	42	54
Norte	6	17	431410	Passo Fundo	203275	13619	6911	4675	2236	2846
Norte	6	17	431477	Pontão	3904	262	133	90	43	55
Norte	6	18	431660	Sananduva	16270	1090	553	374	179	228
Norte	6	18	431673	Santa Cecília do Sul	1639	110	56	38	18	23
Norte	6	17	431755	Santo Antônio do Palma	2128	143	72	49	23	30
Norte	6	17	431775	Santo Antônio do Planalto	2019	135	69	46	22	28
Norte	6	18	431795	Santo Expedito do Sul	2324	156	79	53	26	33
Norte	6	17	431805	São Domingos do Sul	3074	206	105	71	34	43
Norte	6	18	431842	São João da Urtiga	4657	312	158	107	51	65
Norte	6	18	431860	São José do Ouro	6933	465	236	159	76	97
Norte	6	17	432040	Serafina Corrêa	17502	1173	595	403	193	245
Norte	6	17	432050	Sertão	5415	363	184	125	60	76
Norte	6	19	432080	Soledade	31002	2077	1054	713	341	434
Norte	6	18	432090	Tapejara	24111	1615	820	555	265	338
Norte	6	19	432100	Tapera	10584	709	360	243	116	148
Norte	6	19	432146	Tio Hugo	3030	203	103	70	33	42
Norte	6	19	432215	Tunas	4569	306	155	105	50	64
Norte	6	18	432218	Tupanci do Sul	1472	99	50	34	16	21

Norte	6	17	432255	Vanini	2113	142	72	49	23	30
Norte	6	17	432320	Victor Graeff	2882	193	98	66	32	40
Norte	6	18	432335	Vila Lângaro	2091	140	71	48	23	29
Norte	6	17	432340	Vila Maria	4358	292	148	100	48	61
Norte	6	19	430140	Arvorezinha	10424	698	354	240	115	146
Norte	6	19	430200	Barros Cassal	11199	750	381	258	123	157
Norte	6	19	430830	Fontoura Xavier	10304	690	350	237	113	144
Norte	6	19	431057	Itapuca	2094	140	71	48	23	29
Norte	11	16	430090	Aratiba	6235	418	212	143	69	87
Norte	11	16	430155	Áurea	3554	238	121	82	39	50
Norte	11	16	430170	Barão de Cotegipe	6623	444	225	152	73	93
Norte	11	16	430192	Barra do Rio Azul	1690	113	57	39	19	24
Norte	11	16	430205	Benjamin Constant do Sul	1994	134	68	46	22	28
Norte	11	16	430380	Campinas do Sul	5454	365	185	125	60	76
Norte	11	16	430485	Carlos Gomes	1377	92	47	32	15	19
Norte	11	16	430511	Centenário	2891	194	98	66	32	40
Norte	11	16	430537	Charrua	3279	220	111	75	36	46
Norte	11	16	430613	Cruzaltense	1833	123	62	42	20	26
Norte	11	16	430695	Entre Rios do Sul	2792	187	95	64	31	39
Norte	11	16	430697	Erebango	2991	200	102	69	33	42
Norte	11	16	430700	Erechim	105862	7093	3599	2435	1164	1482
Norte	11	16	430720	Erval Grande	4859	326	165	112	53	68
Norte	11	16	430755	Estação	5958	399	203	137	66	83
Norte	11	16	430805	Faxinalzinho	2315	155	79	53	25	32
Norte	11	16	430825	Floriano Peixoto	1766	118	60	41	19	25
Norte	11	16	430870	Gaurama	5534	371	188	127	61	77
Norte	11	16	430890	Getúlio Vargas	16212	1086	551	373	178	227
Norte	11	16	431046	Ipiranga do Sul	1889	127	64	43	21	26
Norte	11	16	431070	Itatiba do Sul	3324	223	113	76	37	47
Norte	11	16	431090	Jacutinga	3561	239	121	82	39	50
Norte	11	16	431190	Marcelino Ramos	4402	295	150	101	48	62
Norte	11	16	431200	Mariano Moro	2031	136	69	47	22	28
Norte	11	16	431270	Nonoai	11695	784	398	269	129	164
Norte	11	16	431413	Paulo Bento	2293	154	78	53	25	32
Norte	11	16	431478	Ponte Preta	1547	104	53	36	17	22
Norte	11	16	431531	Quatro Irmãos	1849	124	63	43	20	26
Norte	11	16	431555	Rio dos Índios	2752	184	94	63	30	39
Norte	11	16	431970	São Valentim	3299	221	112	76	36	46
Norte	11	16	432060	Severiano de Almeida	3657	245	124	84	40	51
Norte	11	16	432163	Três Arroios	2668	179	91	61	29	37
Norte	11	16	432290	Viadutos	4756	319	162	109	52	67
Norte	15	20	430195	Barra Funda	2539	170	86	58	28	36
Norte	15	20	430215	Boa Vista das Missões	2098	141	71	48	23	29
Norte	15	20	430260	Braga	3353	225	114	77	37	47
Norte	15	20	430515	Cerro Grande	2311	155	79	53	25	32
Norte	15	20	430530	Chapada	9269	621	315	213	102	130
Norte	15	20	430580	Constantina	9911	664	337	228	109	139
Norte	15	20	430590	Coronel Bicaco	7325	491	249	168	81	103
Norte	15	20	430642	Dois Irmãos das Missões	2026	136	69	47	22	28

Norte	15	20	430692	Engenho Velho	1034	69	35	24	11	14
Norte	15	20	430912	Gramado dos Loureiros	2082	139	71	48	23	29
Norte	15	20	431085	Jaboticaba	3810	255	130	88	42	53
Norte	15	20	431142	Lajeado do Bugre	2564	172	87	59	28	36
Norte	15	20	431230	Miraguaí	4925	330	167	113	54	69
Norte	15	20	431295	Nova Boa Vista	1775	119	60	41	20	25
Norte	15	20	431346	Novo Xingu	1719	115	58	40	19	24
Norte	15	20	431349	Novo Barreiro	4164	279	142	96	46	58
Norte	15	20	431370	Palmeira das Missões	33303	2231	1132	766	366	466
Norte	15	20	431540	Redentora	11549	774	393	266	127	162
Norte	15	20	431610	Ronda Alta	10601	710	360	244	117	148
Norte	15	20	431620	Rondinha	5130	344	174	118	56	72
Norte	15	20	431642	Sagrada Família	2609	175	89	60	29	37
Norte	15	20	431845	São José das Missões	2537	170	86	58	28	36
Norte	15	20	431936	São Pedro das Missões	2009	135	68	46	22	28
Norte	15	20	432010	Sarandi	24489	1641	833	563	269	343
Norte	15	20	432185	Três Palmeiras	4271	286	145	98	47	60
Norte	15	20	432195	Trindade do Sul	5802	389	197	133	64	81
Norte	19	15	430050	Alpestre	6258	419	213	144	69	88
Norte	19	15	430064	Ametista do Sul	7409	496	252	170	81	104
Norte	19	15	430340	Caiçara	4743	318	161	109	52	66
Norte	19	15	430607	Cristal do Sul	2847	191	97	65	31	40
Norte	19	15	430730	Erval Seco	6912	463	235	159	76	97
Norte	19	15	430850	Frederico Westphalen	31313	2098	1065	720	344	438
Norte	19	15	431050	Iraí	7241	485	246	167	80	101
Norte	19	15	431160	Liberato Salzano	5219	350	177	120	57	73
Norte	19	15	431344	Novo Tiradentes	2211	148	75	51	24	31
Norte	19	15	431380	Palmitinho	7057	473	240	162	78	99
Norte	19	15	431445	Pinhal	2579	173	88	59	28	36
Norte	19	15	431449	Pinheirinho do Vale	4871	326	166	112	54	68
Norte	19	15	431470	Planalto	10084	676	343	232	111	141
Norte	19	15	431590	Rodeio Bonito	5867	393	199	135	65	82
Norte	19	15	432020	Seberi	10750	720	366	247	118	151
Norte	19	15	432132	Taquaruçu do Sul	3072	206	104	71	34	43
Norte	19	15	432310	Vicente Dutra	4670	313	159	107	51	65
Norte	19	15	432350	Vista Alegre	2752	184	94	63	30	39
Serra	5	26	430057	Alto Feliz	3028	203	103	70	33	42
Serra	5	26	430080	Antônio Prado	13050	874	444	300	144	183
Serra	5	25	430210	Bento Gonçalves	120454	8070	4095	2770	1325	1686
Serra	5	25	430225	Boa Vista do Sul	2783	186	95	64	31	39
Serra	5	24	430230	Bom Jesus	11349	760	386	261	125	159
Serra	5	26	430235	Bom Princípio	14055	942	478	323	155	197
Serra	5	24	430367	Campestre da Serra	3388	227	115	78	37	47
Serra	5	23	430440	Canela	44998	3015	1530	1035	495	630
Serra	5	25	430480	Carlos Barbosa	29833	1999	1014	686	328	418
Serra	5	23	430510	Caxias do Sul	510906	34231	17371	11751	5620	7153
Serra	5	25	430593	Coronel Pilar	1628	109	55	37	18	23

Serra	5	25	430595	Cotiporã	3853	258	131	89	42	54
Serra	5	24	430740	Esmeralda	3282	220	112	75	36	46
Serra	5	25	430786	Fagundes Varela	2731	183	93	63	30	38
Serra	5	26	430790	Farroupilha	72331	4846	2459	1664	796	1013
Serra	5	26	430810	Feliz	13547	908	461	312	149	190
Serra	5	26	430820	Flores da Cunha	30745	2060	1045	707	338	430
Serra	5	25	430860	Garibaldi	35070	2350	1192	807	386	491
Serra	5	23	430910	Gramado	36232	2428	1232	833	399	507
Serra	5	25	430925	Guabiju	1503	101	51	35	17	21
Serra	5	25	430940	Guaporé	25727	1724	875	592	283	360
Serra	5	26	431043	Ipê	6640	445	226	153	73	93
Serra	5	24	431112	Jaquirana	3716	249	126	85	41	52
Serra	5	23	431164	Linha Nova	1714	115	58	39	19	24
Serra	5	24	431237	Monte Alegre dos Campos	3226	216	110	74	35	45
Serra	5	25	431238	Monte Belo do Sul	2548	171	87	59	28	36
Serra	5	24	431261	Muitos Capões	3162	212	108	73	35	44
Serra	5	25	431280	Nova Araçá	4759	319	162	109	52	67
Serra	5	25	431290	Nova Bassano	9916	664	337	228	109	139
Serra	5	26	431308	Nova Pádua	2553	171	87	59	28	36
Serra	5	23	431320	Nova Petrópolis	21353	1431	726	491	235	299
Serra	5	25	431330	Nova Prata	27257	1826	927	627	300	382
Serra	5	26	431335	Nova Roma do Sul	3689	247	125	85	41	52
Serra	5	25	431400	Paráí	7657	513	260	176	84	107
Serra	5	23	431442	Picada Café	5742	385	195	132	63	80
Serra	5	24	431446	Pinhal da Serra	1941	130	66	45	21	27
Serra	5	25	431454	Pinto Bandeira	3003	201	102	69	33	42
Serra	5	25	431517	Protásio Alves	1947	130	66	45	21	27
Serra	5	25	431725	Santa Tereza	1729	116	59	40	19	24
Serra	5	25	431844	São Jorge	2824	189	96	65	31	40
Serra	5	24	431862	São José dos Ausentes	3527	236	120	81	39	49
Serra	5	26	431900	São Marcos	21556	1444	733	496	237	302
Serra	5	26	431975	São Vendelino	2243	150	76	52	25	31
Serra	5	25	432235	União da Serra	1154	77	39	27	13	16
Serra	5	24	432250	Vacaria	66218	4437	2251	1523	728	927
Serra	5	26	432254	Vale Real	5913	396	201	136	65	83
Serra	5	25	432280	Veranópolis	26241	1758	892	604	289	367
Serra	5	25	432330	Vila Flores	3385	227	115	78	37	47
Serra	5	25	432360	Vista Alegre do Prata	1561	105	53	36	17	22
Sul	3	21	430063	Amaral Ferrador	7031	471	239	162	77	98
Sul	3	21	430605	Cristal	8009	537	272	184	88	112
Sul	3	21	430107	Arroio do Padre	2937	197	100	68	32	41
Sul	3	21	430130	Arroio Grande	18293	1226	622	421	201	256
Sul	3	21	430450	Canguçu	56045	3755	1906	1289	616	785
Sul	3	21	430466	Capão do Leão	25354	1699	862	583	279	355
Sul	3	21	430512	Cerrito	6091	408	207	140	67	85
Sul	3	21	430543	Chuí	6704	449	228	154	74	94
Sul	3	21	430710	Herval	6821	457	232	157	75	95
Sul	3	21	431100	Jaguarão	26680	1788	907	614	293	374
Sul	3	21	431245	Morro Redondo	6568	440	223	151	72	92

Sul	3	21	431417	Pedras Altas	1982	133	67	46	22	28
Sul	3	21	431420	Pedro Osório	7730	518	263	178	85	108
Sul	3	21	431440	Pelotas	342405	22941	11642	7875	3766	4794
Sul	3	21	431450	Pinheiro Machado	12271	822	417	282	135	172
Sul	3	21	431460	Piratini	20663	1384	703	475	227	289
Sul	3	21	431560	Rio Grande	211005	14137	7174	4853	2321	2954
Sul	3	21	431700	Santana da Boa Vista	8098	543	275	186	89	113
Sul	3	21	431730	Santa Vitória do Palmar	29676	1988	1009	683	326	415
Sul	3	21	431850	São José do Norte	27568	1847	937	634	303	386
Sul	3	21	431880	São Lourenço do Sul	43582	2920	1482	1002	479	610
Sul	3	21	432232	Turuçu	3438	230	117	79	38	48
Sul	7	22	430003	Aceguá	4901	328	167	113	54	69
Sul	7	22	430160	Bagé	121143	8117	4119	2786	1333	1696
Sul	7	22	430435	Candiota	9584	642	326	220	105	134
Sul	7	22	430660	Dom Pedrito	38461	2577	1308	885	423	538
Sul	7	22	430965	Hulha Negra	6776	454	230	156	75	95
Sul	7	22	431150	Lavras do Sul	7480	501	254	172	82	105
Vales	8	27	430300	Cachoeira do Sul	82201	5507	2795	1891	904	1151
Vales	8	27	430120	Arroio do Tigre	13373	896	455	308	147	187
Vales	8	27	430280	Caçapava do Sul	33624	2253	1143	773	370	471
Vales	8	27	430513	Cerro Branco	4691	314	159	108	52	66
Vales	8	27	430690	Encruzilhada do Sul	25877	1734	880	595	285	362
Vales	8	27	430781	Estrela Velha	3655	245	124	84	40	51
Vales	8	27	430975	Ibarama	4406	295	150	101	48	62
Vales	8	27	431123	Lagoa Bonita do Sul	2903	195	99	67	32	41
Vales	8	27	431339	Novo Cabrais	4196	281	143	97	46	59
Vales	8	27	431406	Passa Sete	5702	382	194	131	63	80
Vales	8	27	432026	Segredo	7421	497	252	171	82	104
Vales	8	27	432070	Sobradinho	14967	1003	509	344	165	210
Vales	13	28	430420	Candelária	31365	2101	1066	721	345	439
Vales	13	28	430915	Gramado Xavier	4325	290	147	99	48	61
Vales	13	28	430957	Herveiras	3018	202	103	69	33	42
Vales	13	28	431215	Mato Leitão	4515	303	154	104	50	63
Vales	13	28	431395	Pantano Grande	9174	615	312	211	101	128
Vales	13	28	431407	Passo do Sobrado	6535	438	222	150	72	91
Vales	13	28	431570	Rio Pardo	38275	2564	1301	880	421	536
Vales	13	28	431680	Santa Cruz do Sul	130416	8738	4434	3000	1435	1826
Vales	13	28	432067	Sinimbu	10172	682	346	234	112	142
Vales	13	28	432252	Vale Verde	3497	234	119	80	38	49
Vales	13	28	432253	Vale do Sol	11781	789	401	271	130	165
Vales	13	28	432260	Venâncio Aires	71554	4794	2433	1646	787	1002
Vales	13	28	432270	Vera Cruz	26863	1800	913	618	295	376
Vales	16	29	430070	Anta Gorda	5981	401	203	138	66	84
Vales	16	29	430100	Arroio do Meio	20805	1394	707	479	229	291
Vales	16	30	430240	Bom Retiro do Sul	12328	826	419	284	136	173
Vales	16	29	430245	Boqueirão do Leão	7714	517	262	177	85	108

Vales	16	29	430461	Canudos do Vale	1716	115	58	39	19	24
Vales	16	29	430469	Capitão	2757	185	94	63	30	39
Vales	16	30	430558	Colinas	2438	163	83	56	27	34
Vales	16	29	430583	Coqueiro Baixo	1501	101	51	35	17	21
Vales	16	29	430620	Cruzeiro do Sul	12348	827	420	284	136	173
Vales	16	29	430645	Dois Lajeados	3400	228	116	78	37	48
Vales	16	29	430675	Doutor Ricardo	1983	133	67	46	22	28
Vales	16	29	430680	Encantado	22706	1521	772	522	250	318
Vales	16	30	430780	Estrela	34116	2286	1160	785	375	478
Vales	16	30	430807	Fazenda Vilanova	4533	304	154	104	50	63
Vales	16	29	430843	Forquetinha	2412	162	82	55	27	34
Vales	16	29	431030	Ilópolis	4078	273	139	94	45	57
Vales	16	30	431036	Imigrante	3120	209	106	72	34	44
Vales	16	29	431140	Lajeado	84014	5629	2856	1932	924	1176
Vales	16	29	431205	Marques de Souza	4009	269	136	92	44	56
Vales	16	29	431260	Muçum	4954	332	168	114	54	69
Vales	16	29	431300	Nova Bréscia	3330	223	113	77	37	47
Vales	16	30	431415	Paverama	8487	569	289	195	93	119
Vales	16	30	431475	Poço das Antas	2098	141	71	48	23	29
Vales	16	29	431513	Pouso Novo	1639	110	56	38	18	23
Vales	16	29	431515	Progresso	6244	418	212	144	69	87
Vales	16	29	431520	Putinga	3919	263	133	90	43	55
Vales	16	29	431545	Relvado	2090	140	71	48	23	29
Vales	16	29	431580	Roca Sales	11393	763	387	262	125	160
Vales	16	29	431675	Santa Clara do Sul	6603	442	225	152	73	92
Vales	16	29	431846	São José do Herval	1971	132	67	45	22	28
Vales	16	29	431971	São Valentim do Sul	2242	150	76	52	25	31
Vales	16	29	432045	Sério	1962	131	67	45	22	27
Vales	16	30	432130	Taquari	26862	1800	913	618	295	376
Vales	16	30	432145	Teutônia	33232	2227	1130	764	366	465
Vales	16	29	432162	Travesseiro	2336	157	79	54	26	33
Vales	16	29	432285	Vespasiano Correa	1815	122	62	42	20	25
Vales	16	30	432377	Westfalia	3014	202	102	69	33	42