

# CADERNOS ODS

Departamento de Economia e Estatística  
DEE/SEPLAG

## ODS 3

NO RIO GRANDE DO SUL

## SAÚDE E BEM-ESTAR



Vida saudável e promoção  
do bem-estar

[planejamento.rs.gov.br](http://planejamento.rs.gov.br)



GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO SUL

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Governador: Eduardo Leite

Vice-Governador: Ranolfo Vieira Júnior

**SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO**

Secretária: Leany Lemos

Secretário Adjunto de Planejamento e Orçamento: Gilberto Pompilio de Melo Filho

Secretário Adjunto de Gestão: Marcelo Soares Alves

**DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA**

Diretor: Liderau dos Santos Marques Junior

Chefe de Divisão de Pesquisa Econômica Aplicada: Daiane Boelhouver Menezes

Revisão Técnica: André Luis Contri, Bruno Paim, Mariana Lisboa Pessoa

Projeto Gráfico: Vinicius Ximendes Lopes

Revisão de Língua Portuguesa: Susana Kerschner

**Equipe Técnica:**

Daiane Boelhouver Menezes

Ricardo César Gadelha de Oliveira Júnior

Guilherme Rosa de Martinez Risco

M543v Menezes, Daiane Boelhouver.  
Vida saudável e promoção do bem-estar : ODS 3 no Rio Grande do Sul / Daiane Boelhouver Menezes, Ricardo César Gadelha de Oliveira Júnior, Guilherme Rosa de Martinez Risco. - Porto Alegre : Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2020.  
22 p. : il.  
  
(Cadernos ODS).  
  
1. Objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS). 2. Boa saúde e bem-estar. I. Oliveira Júnior, Ricardo César Gadelha de. II. Risco, Guilherme Rosa de Martinez. III. Título.

CDU 614:330.34

## SUMÁRIO

<b>SUMÁRIO EXECUTIVO</b>	2
<b>ODS 3: SAÚDE E BEM-ESTAR</b>	5
<b>1 MORTALIDADE MATERNA</b>	6
<b>2 MORTALIDADE INFANTIL</b>	7
<b>3 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS</b>	10
<b>4 DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS</b>	12
<b>5 ABUSO DE SUBSTÂNCIAS</b>	14
<b>6 ACIDENTES EM ESTRADAS</b>	15
<b>7 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA</b>	16
<b>8 ACESSO A SERVIÇOS, MEDICAMENTOS E VACINAS</b>	17
<b>9 PRODUTOS QUÍMICOS PERIGOSOS, CONTAMINAÇÃO E POLUIÇÃO</b>	20
<b>9 REFERÊNCIAS</b>	22

## SUMÁRIO EXECUTIVO\*

O Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 visa a assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para toda a população. Embora várias das metas estabelecidas não sejam competência dos governos locais, há muito que as gestões estaduais e municipais podem fazer para que sejam cumpridas ao final do prazo estabelecido. Neste estudo, apresentam-se dados relativos à situação dos ODS 3 no RS e no Brasil e às ações estabelecidas pelo Governo do Estado até o fim de 2018. Verifica-se, dessa forma, a situação das taxas de mortalidade materna, neonatal e de menores de cinco anos, o número de casos de doenças transmissíveis e não transmissíveis, o número de mortes e ferimentos por acidentes nas estradas e o acesso à saúde sexual e reprodutiva, a serviços de saúde, a medicamentos e vacinas.

Em relação à meta **de reduzir a taxa de mortalidade materna global** para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos, o RS manteve-se cumprindo a meta, tendo apresentado uma grande queda na mortalidade materna de 2012 para 2013, permanecendo, nos anos seguintes, com cerca de 40 mortes por 100.000 nascidos vivos. Enquanto o RS, em 2017, apresentou uma taxa de mortalidade materna de 38,84, Santa Catarina obteve uma taxa de 38,67, e o Paraná, uma taxa significativamente melhor, de 31,76. No Brasil, a taxa permaneceu relativamente estável no período, variando basicamente entre 50 e 60. A meta adaptada à realidade brasileira é de 30 mortes por 100.000.

Quanto a **acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos**, o RS apresenta números melhores do que os do País. Em 2015, a taxa de mortalidade neonatal no RS era de 7,2, ao passo que, no Brasil, era de 9,4. A meta estabelecida para o Brasil atingir em 2030 é de 5. Enquanto a mortalidade infantil de RS (menores de um ano) chegava a 10,07 em 2017, Santa Catarina já conseguia alcançar um coeficiente de um só dígito (9,93). O Paraná, por sua vez, encontrava-se em situação pior do que a do RS (10,36). A mortalidade na infância no RS (de crianças de até cinco anos), que é mais abrangente do que a infantil, manteve-se praticamente estável desde 2015. Em 2017, com uma taxa de 11,92, o Rio Grande do Sul ficava atrás apenas do Paraná (11,79), e de Santa Catarina (11,39), sendo o terceiro estado com melhor desempenho no Brasil. Note-se que o RS não se encontra tão distante da meta adaptada para o País (de 8) para 2030. Embora a mortalidade de crianças menores de um ano venha caindo, relativamente tem aumentado a proporção dos óbitos neonatais dentro da mortalidade infantil como um todo. Essas mortes neonatais, em geral, têm causas mais difíceis e complexas de serem resolvidas. Se forem observadas as causas evitáveis que levam ao óbito de crianças menores de cinco anos, percebe-se que as mais recorrentes são por inadequada atenção à mulher na gestação, sendo estas mais frequentes no RS do que no Brasil.

Outra meta é **acabar com as epidemias de doenças transmissíveis, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite e doenças transmitidas pela água**. Em 2017, no RS, 8,8% dos óbitos por causas evitáveis decorreram de causas infecciosas, um pouco menos do que no Brasil, onde essas doenças foram responsáveis por 9,2% desses óbitos.

No que diz respeito a **reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento e promover a saúde mental e o bem-estar**, essas mortes representam a maioria dos óbitos por causas evitáveis na população de 20 a 59 anos no RS e no Brasil, respectivamente 49,4% e 44,9%. No RS, é um pouco menor do que no País o número de óbitos por causas evitáveis reduzíveis por ações intersetoriais adequadas de promoção à saúde, prevenção e atenção às causas externas. Causas externas predominam no RS e no Brasil, embora, no Brasil, elas sejam ainda mais preponderantes em relação à segunda maior causa. Outro indicador utilizado para medir o desempenho dessa meta é a taxa de suicídio, que é de 10,6 (por 100.000) no mundo, 9,8 nas Américas e 15,4 na Europa. O Brasil apresenta taxas menores, de 6,5, ainda que esteja crescendo paulatinamente. No RS, em 2017, a taxa de suicídio (11,65) era mais alta do que a nacional, assim como maior do que a

\* O conteúdo deste trabalho foi divulgado originalmente na Nota Técnica DEE n.º 6, lançada em 31 de julho de 2019. A fim de compor a coleção "Cadernos ODS", foi acrescentado este **Sumário executivo** em março de 2020.

Os autores agradecem as contribuições e os comentários de técnicos de vários setores da Secretaria Estadual da Saúde (SES-RS).

de Santa Catarina (10,69) e do que a do Paraná (6,88). Note-se, ainda, que todas elas vêm crescendo nesses últimos anos. Em números absolutos, foram 1.349 mortes no RS em 2017, 774 no Paraná e 739 em Santa Catarina.

Já na meta de **reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e o uso nocivo do álcool**, a média anual global de consumo de álcool em 2016 por pessoa com mais de 15 anos era de 6,4 litros. Na Europa, era de 9,8 litros e, nas Américas, de 8 litros, sendo a média do Brasil um pouco menor, de 7,8 litros. Considerando as capitais dos estados da Região Sul do Brasil, em 2015, o percentual de adultos (maiores 18 anos) que consumiram, nos últimos 30 dias, quatro ou mais doses (mulher) e cinco ou mais doses (homens) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião era de 14,4% em Porto Alegre, 19,5% em Florianópolis e de 12,4% em Curitiba. Em 2018, Porto Alegre, embora tenha aumentado esse percentual (15,2%), passou a ser a quarta capital com menor consumo, ao passo que, em 2015, era a oitava.

Quanto a **reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas**, no Brasil, em 2016, a taxa de mortes no trânsito (por 100.000) era de 19,7, sendo que, em 2015, era 18,3. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) considerou que essa meta no Brasil era factível apenas para 2030. Assim, a meta adequada para a realidade nacional seria alcançar a taxa de oito mortes no trânsito em 2030. Porém, apesar de ter seguido a tendência de queda em 2016 (15,8), voltou a subir em 2017, alcançando 16,42. O RS já vem diminuindo as mortes ocorridas no trânsito desde 2010, quando a taxa era de 20,6, até 2015, quando a taxa foi de 16,0. Nos dados de 2017, o Estado apresentou número significativamente menor de mortes por acidentes do que seus vizinhos da Região Sul (Santa Catarina obteve uma taxa de 21,38, e o Paraná, de 22,68) ou que a média brasileira (17,62).

No que diz respeito à meta de atingir o **acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais**, de 2005 a 2016, quanto ao planejamento familiar, a proporção de mulheres casadas ou com união estável, em idade reprodutiva, que tiveram atendida sua necessidade por esse tipo de planejamento foi de 83% nas Américas. No Brasil, esse número alcançou 90,01% (em 2007, já era de 89,3%), ao passo que, na Europa, foi de 75,1%. A taxa global de mães adolescentes a cada 1.000 (entre 15 e 19 anos), em 2015, era de 43,9 (no Brasil, 60,8). O RS tem uma situação mais favorável do que a média nacional e também do que os outros estados da Região Sul. A taxa de gravidez por 1.000 adolescentes era de 48,62 em 2015 e de 43,00 em 2017. Em números absolutos, o Paraná registrou, em 2017, 21.444 casos de adolescentes grávidas, ao passo que o RS registrou 17.574 — ambos estados possuem pouco mais de 11 milhões de habitantes. Santa Catarina, com cerca de sete milhões de habitantes, registrou 11.314 casos.

Em relação à **cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos**, nas Américas, pouco mais de 20% dos países têm um plano nacional de saúde e monitoramento regular do progresso de políticas, estratégias e planos no setor. Considerando todos os países do mundo, um maior gasto no setor está associado com melhor cobertura dos serviços de saúde, quando considerados 16 serviços cobertos e a proporção dos gastos em relação ao PIB. Além disso, para países de qualquer nível de renda, mesmo pequenos gastos que o cidadão tenha com saúde causam grandes dificuldades financeiras. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso da população ao Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, a ESF está presente em 482 municípios do Estado, com 2.110 equipes trabalhando nos territórios junto às famílias e comunidades. A população do RS coberta pela ESF é de 6.803.736 pessoas, o que representa aproximadamente 60% da população. A cobertura do RS encontra-se abaixo da cobertura do Brasil, que representa 64% da população, assim como abaixo de Santa Catarina, que atingiu quase 80%, e do Paraná, que apresenta a mesma média nacional. Em relação à quantidade de imunizações aplicadas e ao percentual populacional vacinado, quer seja no caso estadual, quer seja no nacional, apresenta-se uma tendência de queda constante da cobertura da população vacinada a partir de 2013.

Sobre a meta de **reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar, da água e do solo**, no âmbito nacional, a taxa de mortes por 100.000 atribuídas à poluição do ar, em 2016, foi de 31, por envenenamento, 0,2. Em 2015, Porto Alegre reportou 22.336

casos e 15 óbitos de intoxicação humana. A taxa de mortalidade atribuída à água inadequada, ao saneamento inseguro ou à falta de higiene foi de 5,2 em 2015 (era 7,7 em 2000). As doenças incluídas nessa taxa são frações de diarreia, infecções por nematoides intestinais e desnutrição proteico-energética. Essas infecções podem estar relacionadas com a alta prevalência de parasitas como quarta causa de morte evitável no RS.

## ODS 3: SAÚDE E BEM-ESTAR

---

A Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODSs) como uma agenda de desenvolvimento para os países signatários. Dentre esses objetivos, um diz respeito especificamente à saúde. Os ODSs seguiram-se aos Objetivos do Milênio (ODMs), igualmente propostos pela ONU em 2000, com a finalidade de reduzir a extrema pobreza e a fome no mundo até 2015. Por sua vez, os ODSs consistem em um conjunto mais abrangente de 17 objetivos e 169 metas que o Brasil, em 2015, junto aos outros 192 Estados-membros da ONU, se comprometeu a atingir até 2030. Os ODSs devem servir de orientação para as políticas nacionais e regionais. Seu acompanhamento é fundamental, tendo em vista a busca pela redução das disparidades regionais e territoriais, assim como os impactos que a realização de um objetivo tem em vários outros.

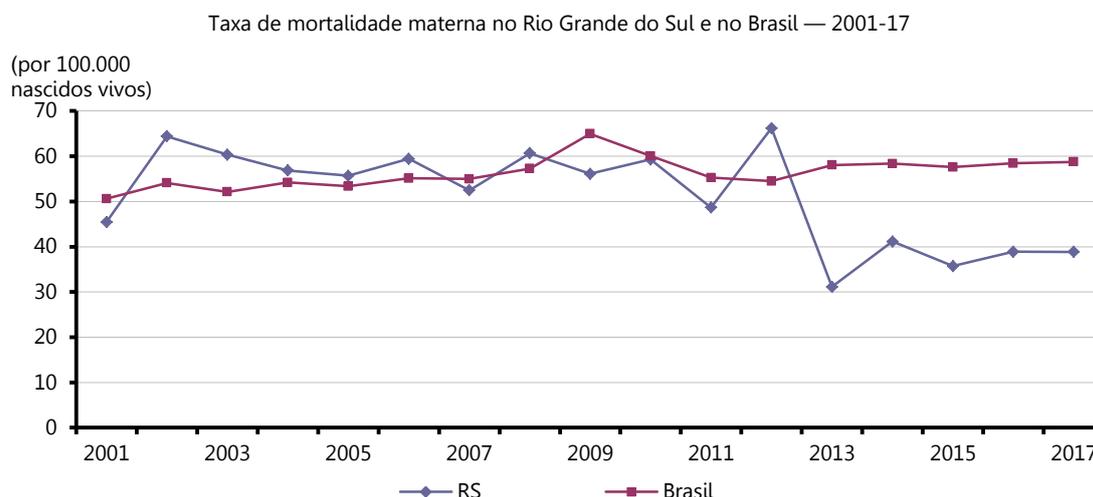
Embora várias das metas estabelecidas pela Agenda 2030 não sejam competência dos governos locais, há muito que as gestões estaduais e municipais podem fazer para que estas sejam cumpridas ao final do prazo estabelecido. Neste estudo, apresentam-se dados relativos à situação do ODS 3 no Rio Grande do Sul e no Brasil e às ações estabelecidas pelo Governo do Estado até o fim de 2018. Verifica-se, dessa forma, a situação das taxas de mortalidade materna, neonatal e de menores de cinco anos, o número de casos de doenças transmissíveis e não transmissíveis, o número de mortes e ferimentos por acidentes nas estradas e o acesso à saúde sexual e reprodutiva, a serviços de saúde, a medicamentos e vacinas. Além disso, apresentam-se os esforços empreendidos pelo Governo do Estado do RS, de 2016 a 2018, que levariam ao atingimento das metas estabelecidas no Objetivo 3, que trata de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para toda a população. Apresenta-se, portanto, um panorama dos indicadores relacionados às nove metas, assim como dos produtos de ações da Secretaria Estadual da Saúde (SES) constantes no Plano Plurianual (PPA) 2016-19, com o intuito de subsidiar a decisão dos gestores no planejamento dos programas a serem apresentados no PPA 2020-23, que se encontra em fase de elaboração.

## 1 MORTALIDADE MATERNA

A meta 1 do ODS 3 é reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos.

O Rio Grande do Sul manteve-se, desde o começo do século, cumprindo a meta, tendo apresentado uma grande queda na mortalidade materna de 2012 para 2013, permanecendo, nos anos seguintes, com cerca de 40 mortes por 100.000 nascidos vivos, de acordo com os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (Gráfico 1). Enquanto o RS, em 2017, apresentou uma taxa de mortalidade materna de 38,84, Santa Catarina obteve uma taxa de 38,67, e o Paraná, uma taxa significativamente melhor, de 31,76. No Brasil, a taxa permaneceu relativamente estável no período, variando basicamente entre 50 e 60. Mesmo em 2009, ano em que a taxa subiu mais, ainda assim se manteve dentro da meta. Por esse motivo, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2018) sugeriu uma adaptação à realidade brasileira. No entanto, parte das metas adaptadas para o País foi estabelecida baseada na tendência de investimentos na área até 2015, considerando ainda a possibilidade de algum incremento no orçamento da saúde. Com as mudanças ocorridas nos últimos anos, essas metas mostram-se muito difíceis de serem alcançadas. Em relação à mortalidade materna, a meta seria de 30 por 100.000.

Gráfico 1



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM.  
MS/SVS/CGIAE/Sinasc (BRASIL, 2019).

Os números dessas mortes, segundo o Relatório Anual de Gestão da SES, caíram nos anos seguintes: de 55 casos em 2016 foram para 53 em 2017 e 45 em 2018 (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Na elaboração do PPA, estabeleceram-se metas de hospitais, centros e ambulatórios para gestantes de alto risco e para parto normal. Porém, a habilitação desses equipamentos não necessariamente se traduz em mais acesso garantido a essas gestantes, já que, por exemplo, o número de leitos destinados a esse fim pode variar muito.<sup>1</sup> O que há de mais próximo à concretização do serviço prestado é o número de leitos em hospital de referência à gestante de alto risco, ainda que possam faltar profissionais para os atendimentos. Em 2015, a meta estabelecia era de que 254 leitos fossem mantidos e habilitados. Ao final de 2018, o número alcançado foi de 58. Há que se considerarem os resultados que serão atingidos em 2019, no entanto, embora apenas um dos produtos (ambulatórios de gestante de alto risco habilitados) tenha alcançado mais do que 50% do esperado, alguns avanços ocorreram e podem ter sido parcialmente responsáveis pela diminuição do número absoluto de óbitos maternos ao longo dos últimos três anos.

<sup>1</sup> As metas eram habilitação de 30 hospitais de referência à gestante de alto risco e de 20 ambulatórios de gestante de alto risco, mas, ao final de 2018, somente oito hospitais e 12 ambulatórios haviam sido habilitados. Também havia a meta de implantar 19 centros de parto normal, porém nenhum deles foi implantado até o fim de 2018.

## 2 MORTALIDADE INFANTIL

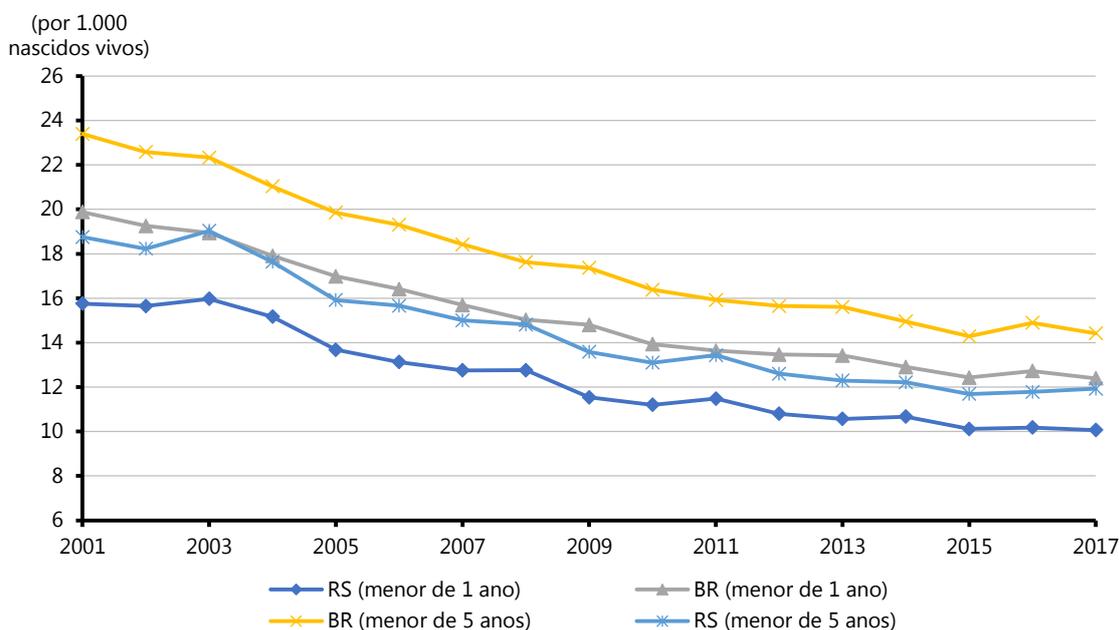
A meta 2 do ODS 3 é acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para, pelo menos, 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de cinco anos para, pelo menos, 25 por 1.000 nascidos vivos. Nesses indicadores, o Rio Grande do Sul também apresenta números melhores do que os do País. Em 2015, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), a taxa de mortalidade neonatal no RS era de 7,2, ao passo que, no Brasil, era de 9,4. A meta estabelecida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2018) para o Brasil atingir em 2030 é de 5.

Como resultado dos programas da Secretaria da Saúde do RS no PPA 2016-19, objetivava-se que, em 2019, a taxa de mortalidade infantil (de menores de um ano) fosse reduzida a 9,50. Segundo o Relatório da SES (RIO GRANDE DO SUL, 2019), no ano de 2018, a taxa preliminar foi de 9,67, atingindo, portanto, a meta para o ano de 2018, chegando próximo do valor esperado para o final do PPA.

Enquanto, em 2017, a mortalidade infantil (menores de um ano) (Gráfico 2) chegou a 10,07 no RS, Santa Catarina já havia conseguido alcançar um coeficiente de um só dígito (9,93). O Paraná, por sua vez, encontrava-se em situação pior do que a do RS (10,36). A mortalidade na infância no RS, mais abrangente do que a infantil, de crianças de até 5 anos, manteve-se praticamente estável desde 2015. Em 2017, o Rio Grande do Sul, com uma taxa de 11,92, ficou atrás apenas do Paraná (11,79) e de Santa Catarina (11,39), sendo o terceiro estado com melhor desempenho no Brasil. Note-se que o RS não se encontra tão distante da meta adaptada para o País (de 8) para 2030 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2018).

Gráfico 2

Coeficiente de mortalidade infantil no Rio Grande do Sul e no Brasil — 2001-17

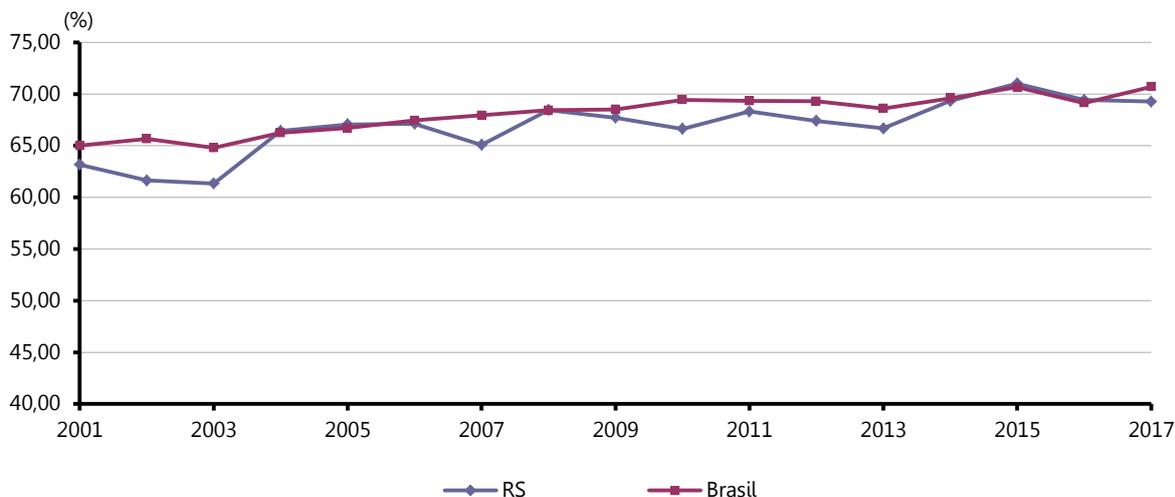


Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM.  
MS/SVS/CGIAE/Sinasc (BRASIL, 2019).

A mortalidade infantil engloba também a neonatal (até 28 dias após o parto). Embora ambas venham caindo, relativamente tem aumentado a proporção dos óbitos neonatais dentro da mortalidade infantil como um todo, como pode ser visto no Gráfico 3. Essas mortes neonatais, em geral, têm causas mais difíceis e complexas de serem resolvidas. Ou seja, a mortalidade infantil tem caído, influenciada mais pelo componente pós-neonatal. Assim, é necessário um esforço maior na atenção à saúde da mãe e do recém-nascido.

Gráfico 3

Proporção de óbitos neonatais no Rio Grande do Sul e no Brasil — 2001-17

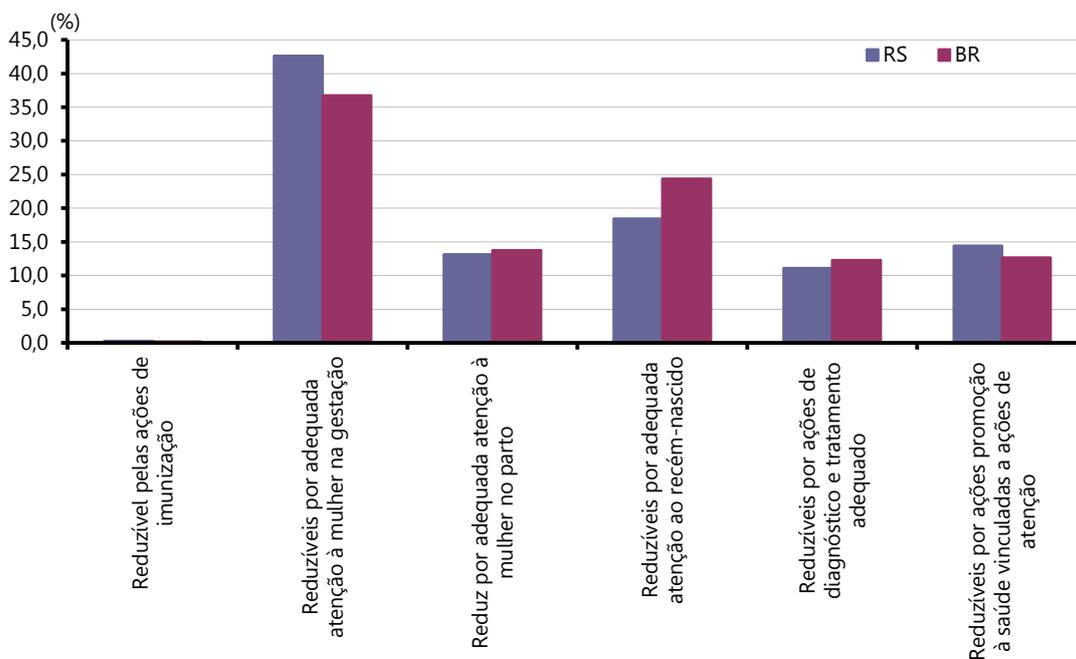


Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM (BRASIL, 2019).

Se forem observadas as causas evitáveis que levam ao óbito de crianças menores de cinco anos, percebe-se que as mais recorrentes são por inadequada atenção à mulher na gestação (Gráfico 4), sendo estas mais frequentes no RS do que no Brasil, seguidas por inadequada atenção ao recém-nascido e à mulher no parto, estas últimas relacionadas com as políticas da meta anterior.

Gráfico 4

Distribuição dos óbitos por causas evitáveis de crianças menores de cinco anos no Rio Grande do Sul e no Brasil — 2017



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM.  
MS/SVS/CGIAE/Sinasc (BRASIL, 2019).

Assim como na meta 1, havia previsão de ambulatórios de seguimento de egressos de unidade de tratamento intensivo (UTI) neonatal e de cofinanciamento, manutenção e ampliação de unidades de cuidados intermediários neonatal convencional (Ucinco), estruturas que, por si só, garantem necessariamente a prestação dos serviços<sup>2</sup>. Em relação aos leitos de cuidado intensivo neonatal habilitados, um pouco mais próximo do atendimento real às crianças, a expectativa era de que, ao final de 2019, houvesse 18. Em 2018, havia 15. No entanto, nenhum dos 19 leitos de cuidado intensivo pediátrico planejados havia sido habilitado.

Um projeto prioritário desenvolvido no RS, entretanto, é o Primeira Infância Melhor (PIM). O indicador, que melhor mede o acesso à promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, aponta que, no final de 2019, de um total esperado de 60.200 famílias, 53.980 haviam sido atendidas.<sup>3</sup> Assim como no caso da meta anterior, a ampliação dos serviços pode ter relação com a melhoria da taxa de mortes evitáveis de recém-nascidos e menores de cinco anos.

---

<sup>2</sup> Havia a meta de manutenção de 15 ambulatórios de seguimento de egressos de UTI neonatal, o que foi realizado, e também de cofinanciamento, manutenção e ampliação de 230 Ucinco. Ao final de 2018, havia 191 unidades, mas, em 2016, havia 256 unidades Ucinco + unidade de cuidado intermediário neonatal canguru (Ucinca).

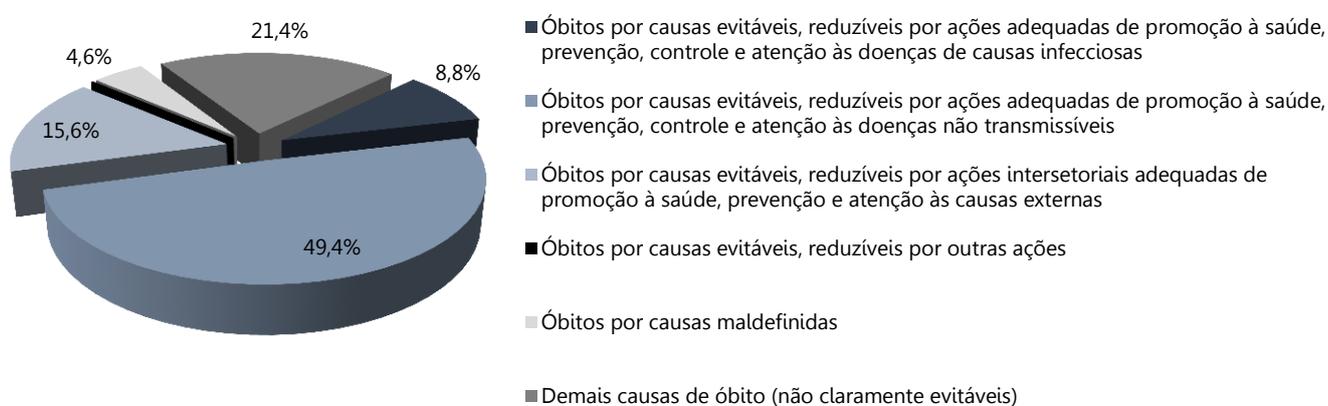
<sup>3</sup> A meta de municípios com PIM implantado esteve perto de ser atingida em 2018: 248 dos 291 esperados para 2019. A meta de visitantes do programa habitados também se encontrava próxima da esperada: foram 2.699 dos 3.010 desejados. Essas metas têm menos relação direta com ao serviço prestado do que as visitas em si.

### 3 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

A meta 3 do ODS 3 é acabar com as epidemias de doenças transmissíveis, como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite e doenças transmitidas pela água (estas últimas são relacionadas com a meta 9, e as respectivas taxas serão apresentadas em sua abordagem). As doenças relacionadas ao *aedes aegypti*, por exemplo, fazem parte da adaptação dessa meta para a realidade nacional (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018). Essas doenças fazem parte do grupo de doenças infecciosas que poderiam ser evitadas e que, eventualmente, levam a óbitos. A distribuição dos grupos de doenças e causas externas pode ser verificada no Gráfico 5.

Gráfico 5

Distribuição dos óbitos por causas evitáveis da população de cinco a 74 anos no Rio Grande do Sul — 2017

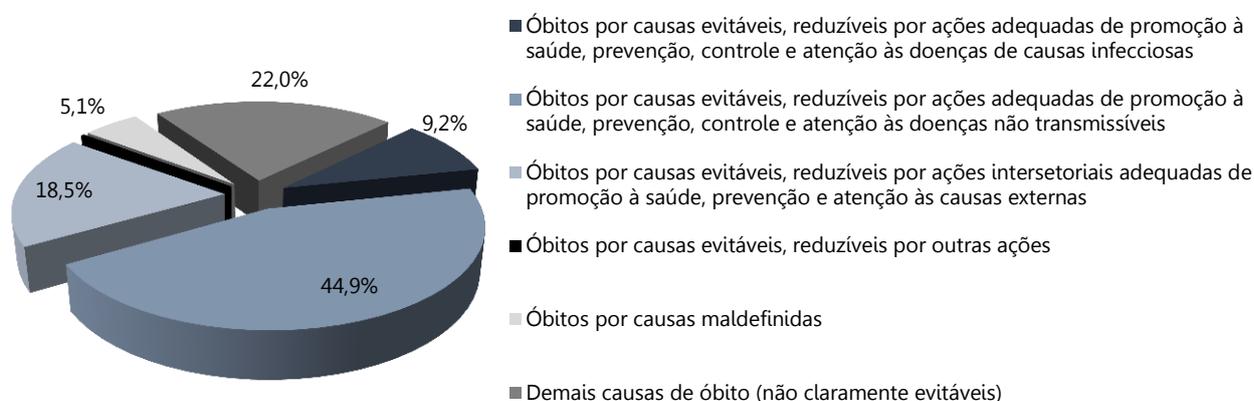


Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM (BRASIL, 2019).

Em 2017, no Rio Grande do Sul, 8,8% dos óbitos por causas evitáveis decorriam de causas infecciosas, um pouco menos do que no Brasil (Gráfico 6), onde essas doenças eram responsáveis por 9,2% desses óbitos. Os dados sobre vacinas para algumas dessas doenças, como hepatite e tuberculose, no Estado são apresentados junto com a meta 8.

Gráfico 6

Distribuição dos óbitos por causas evitáveis da população de cinco a 74 anos no Brasil — 2017



FORNTE: MS/SVS/CGIAE/SIM (BRASIL, 2019).

Segundo dados da World Health Organization (2019), a média global de prevalência de hepatite B em crianças menores de cinco anos, em 2015, era de 1,3%, sendo a média das Américas 0,2%, e a da Europa 0,4%. O Brasil ficou abaixo da média das Américas (0,07%). Em 2017, a taxa global de malária (por 1.000) era de 59,12, a das Américas era 7,31, sendo inexistente na Europa. No Brasil, era de 5,3 (entre 2014 e 2016, foi menor do que 4,0, ao passo que, em 2010, chegou a quase 10). Por sua vez, a taxa de incidência de tuberculose global (por 100.000) era de 134, a das Américas 28, e a da Europa 30, ao passo que, no Brasil, era de 44 (não tendo baixado de 42 ou ultrapassado 44 de 2001 a 2017), longe da média das Américas, mas bem abaixo da média global. A média da taxa global das novas infecções pelo vírus da imunodeficiência (HIV) (por 100.000), em 2016, era de 26, na Europa de 25, nas Américas de 16, porém, no Brasil, era de 26 — note-se que é o único caso em que a situação do Brasil é tão ruim quanto a média global. Já as intervenções reportadas por motivo de doenças tropicais negligenciadas diminuíram no Brasil desde 2010, quando 27 milhões intervenções foram reportadas, chegando a 2017 com menos de 9,5 milhões. No mundo, esse número superou 1,5 bilhão em 2017. De qualquer modo, esse foi um resultado melhor do que em 2010, quando esse número superava dois bilhões de intervenções reportadas.

Como indicador correlato, o Programa da SES do PPA utiliza o número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos. Esse número era de 48 em 2015. O número desejado para o final de 2019 é de 21, mas a meta já foi alcançada em 2016 e seguiu assim nos dois anos seguintes, registrando 12, 15 e 10 casos respectivamente.

Várias ações para combater doenças transmissíveis são encontradas nos programas da SES, como a implantação de Comitês de Investigação de Casos de Transmissão Vertical. Houve a manutenção do Termo de Cooperação Interferativa para enfrentamento da epidemia de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)/AIDS, com a execução de pesquisas importantes e a criação do Observatório AIDS RS. O Estado fomentou a implantação da Linha de Cuidado para as Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e outras ISTs, apesar de não ter se efetivado o repasse financeiro aos municípios. Não tiveram consecução as Unidades Sentinela de Vigilância da Influenza ampliada e qualificada, o Projeto AIDS e o Centro Estadual de Referência em IST/AIDS.

No que diz respeito à tuberculose, havia a expectativa de 15 municípios com ação de vigilância epidemiológica e controle da tuberculose descentralizado para atenção básica, porém apenas dois possuíam essa ação descentralizada no final de 2018. No caso dos municípios com testagem rápida das hepatites virais B e C implantada em unidades de saúde da atenção básica, a meta está mais próxima de ser cumprida: dos 140 esperados, 118 foram implantados, ao contrário da implantação dos serviços especializados de referência em atendimento de hepatites virais, que também não tiveram consecução.

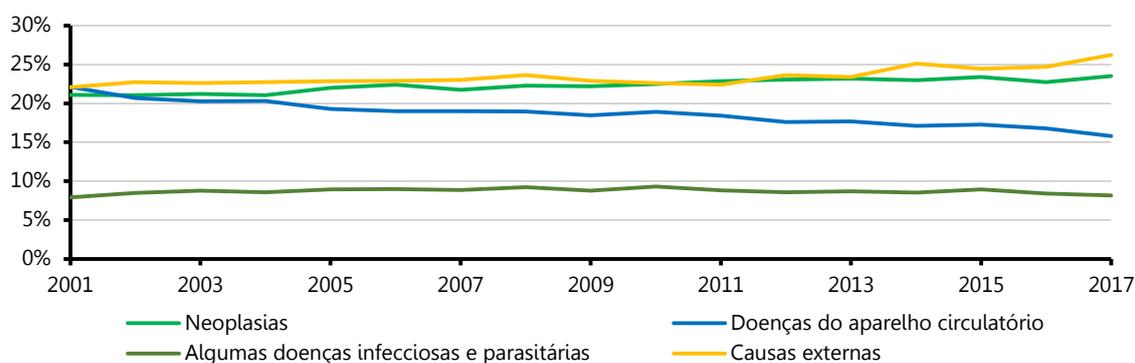
## 4 DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A meta 4 do ODS 3 é reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento e promover a saúde mental e o bem-estar<sup>4</sup>. Como visto nos Gráficos 5 e 6, essas mortes representam a maioria dos óbitos por causas evitáveis na população de 20 a 59 anos no RS e, no Brasil, respectivamente, 49,4% e 44,9%. Note-se que, no RS, é um pouco menor do que no País o número de óbitos por causas evitáveis reduzíveis por ações intersetoriais adequadas de promoção à saúde, prevenção e atenção às causas externas.

Nos Gráficos 7 e 8, é possível conferir quais são as doenças que mais matam os adultos no RS e no Brasil ao longo dos últimos anos. Causas externas predominam em ambos os cenários, embora, no Brasil, elas sejam ainda mais preponderantes em relação à segunda maior causa — parte dessas causas diz respeito a acidentes de trânsito, problema que possui uma meta específica no ODS 3, abordada a seguir, outra parte significativa diz respeito a homicídios e suicídios. No RS, as neoplasias superaram as causas externas em 2011, e as doenças do aparelho circulatório, que foram uma das causas mais frequentes no começo dos anos 2000, apresentaram queda.

Gráfico 7

Mortalidade proporcional, por principais grupos de causas, da população de 20 a 59 anos no Rio Grande do Sul — 2001-17

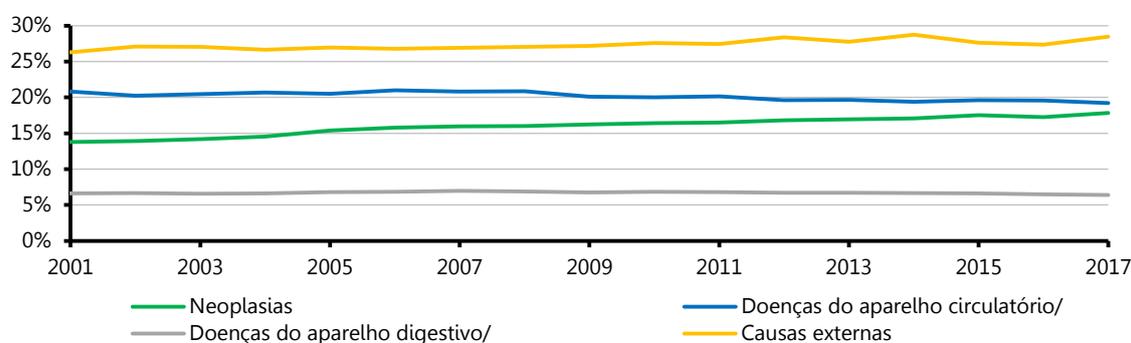


FONTE: MS/SVS/CGIAE/SIM (BRASIL, 2019).

No Brasil, a segunda causa mais frequente de mortalidade são as doenças do aparelho respiratório, sendo a terceira causa as neoplasias, e a quarta, doenças do aparelho digestivo.

Gráfico 8

Mortalidade proporcional, por principais grupos de causas, da população de 20 a 59 anos no Brasil — 2000-17



FONTE: MS/SVS/CGIAE/SIM (BRASIL, 2019).

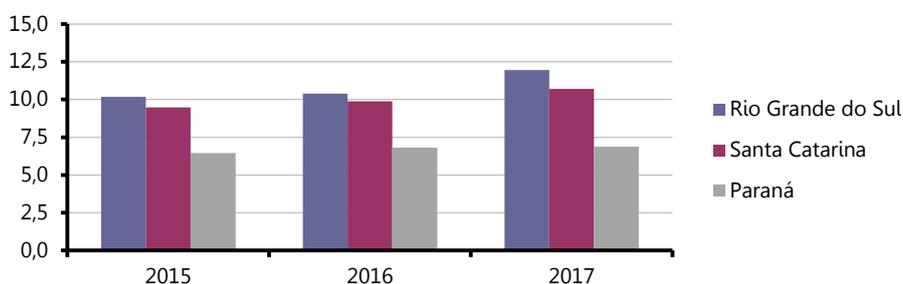
<sup>4</sup> A sugestão do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2018) é incluir nessa meta também a redução dos suicídios, pois essas taxas vinham demonstrando-se crescentes no País.

Globalmente, o risco de morrer de uma das quatro principais doenças não transmissíveis (cardiovascular, câncer, diabete ou respiratória crônica) entre 30 e 70 anos diminuiu de 22% em 2000 para 18% em 2016. Na Europa, essa probabilidade era de 16,7%, ao passo que, nas Américas, de 15,1%. No Brasil, a média era um pouco mais alta do que a das Américas (16,6%) — já foi de 24,4% em 2000, mas vem caindo desde então —, ainda assim menor do que a média europeia.

Outro indicador utilizado para medir o desempenho dessa meta é o suicídio, cuja taxa (por 100.000) é de 10,6 no mundo, 9,8 nas Américas e 15,4 na Europa. O Brasil apresenta taxas menores, de 6,5, ainda que esteja crescendo paulatinamente (em 2000, essa taxa era de 4,8). No Gráfico 9, dados do Datasus apontam que, no RS, em 2017, a taxa de suicídio (11,65) era mais alta do que a nacional, assim como maior do que a de Santa Catarina (10,69) e do que a do Paraná (6,88). Note-se, ainda, que todas elas vêm crescendo nesses últimos anos. Em números absolutos, foram 1.349 mortes no RS em 2017, 774 no Paraná e 739 em Santa Catarina.

Gráfico 9

Taxa de suicídio, por 100.000 habitantes, nos estados da Região Sul — 2015-17



FONTE: MS/SVS/CGIAE/SIM (BRASIL, 2019).

A prevenção e o tratamento dessas doenças, assim como a promoção de saúde mental e bem-estar estão associadas à meta 8 — atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis —, de forma que as ações levadas a cabo pelo Governo do Estado nestes últimos três anos serão abordadas juntamente com os dados dessa meta.

Porém, já que a meta trata também especificamente do assunto saúde mental, adianta-se que, no PPA do RS, constava a manutenção de 2.316 leitos de saúde mental em hospital geral e hospital especializado quando o plano se encerrasse em 2019, dos quais 2.022 estavam mantidos no final de 2018.

## 5 ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

---

A meta 5 do ODS 3 é reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e o uso nocivo do álcool. A média anual global de consumo de álcool em 2016 por pessoa com mais de 15 anos era de 6,4 litros. Na Europa, era de 9,8 litros e, nas Américas, de 8 litros, sendo a média do Brasil um pouco menor, de 7,8 litros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Dados relativos às capitais mostram que, em 2015, o percentual de adultos (maiores 18 anos) que consumiram, nos últimos 30 dias, quatro ou mais doses (mulher) e cinco ou mais doses (homens) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião em Porto Alegre era de 14,4%, menor do que de Florianópolis (19,5%), porém maior do que Curitiba (12,4%). Em 2018, embora Porto Alegre tenha aumentado esse percentual (15,2%), passou a ser a quarta capital com menor consumo, ao passo que em 2015 era a oitava. As outras capitais da Região Sul também aumentaram esse tipo de consumo Vigitel (BRASIL, 2016; 2019a).

Nesse caso, há uma ação voltada à difusão de informação, que, embora não de forma exclusiva, lida também com essa questão. Até 2019, a meta era de 200.000 pessoas da comunidade informadas nas ações de prevenção toxicológica. Ao final de 2018, 87.789 foram informadas.

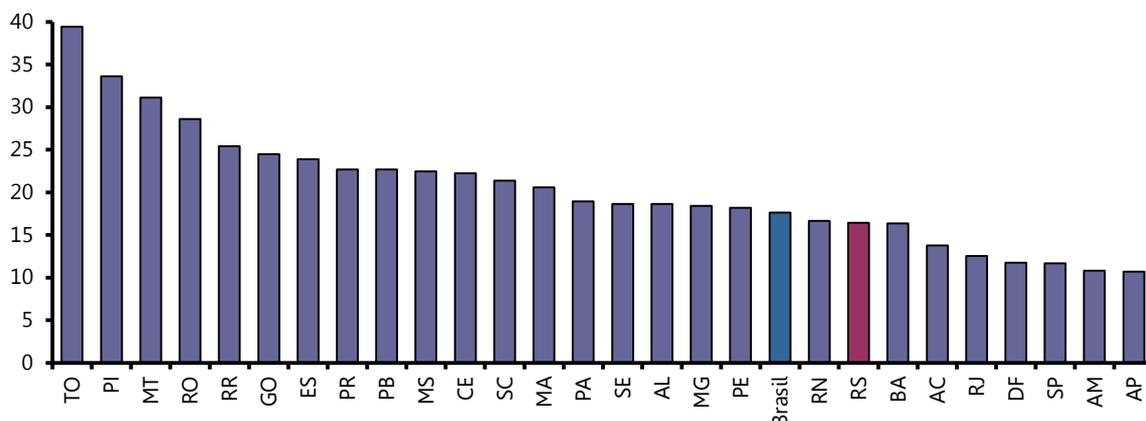
## 6 ACIDENTES EM ESTRADAS

A meta 6 do ODS 3 é reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas (2020). No Brasil, em 2016, a taxa de mortes no trânsito (por 100.000) era de 19,7 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019), sendo que, em 2015, era 18,3 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; BRASIL, 2019). O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2018) considerou que a meta de diminuir pela metade essas mortes e ferimentos no Brasil era factível apenas para 2030.

O Rio Grande do Sul já vem diminuindo as mortes ocorridas no trânsito desde 2010, quando a taxa era de 20,6, até 2015, quando a taxa foi de 16,0. Assim, a meta adequada para a realidade nacional seria chegar à taxa de oito mortes no trânsito em 2030. Porém, após ter seguido a tendência de queda em 2016 (15,8), a taxa voltou a subir em 2017, alcançando 16,42. Apesar disso, como pode ser visto no Gráfico 10, o Estado encontra-se com número significativamente menor de mortes por acidentes nas estradas do que seus vizinhos da Região Sul (Santa Catarina tem uma taxa de 21,38, e o Paraná, de 22,68) ou que a média brasileira (17,62).

Gráfico 10

Taxa de mortes por acidentes de transporte, por 100.000 habitantes, nas unidades federativas e no Brasil — 2017



Fonte: MS/SVS/CGIAE/SIM (Brasil, 2019).  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019).

Os produtos elencados pelo Governo do Estado no PPA 2016-19 que se referem a essa meta são englobados pelo programa Década de Ação Pela Segurança no Trânsito do Departamento de Trânsito do RS (Detran-RS), que se subdivide em quatro ações. Até o fim de 2018, a ação que mais se aproximava do atingimento da meta era a de publicidade, já que foram realizadas 63 das 65 planejadas. Duas outras ações de informação apresentaram taxas de realização bem aproximadas (cerca de 40%): 126.389 condutores foram abordados (dos 288.695 planejados) em *blitze* da Balada Segura, e 63 eventos realizados ou apoiados, dos 150 previstos. A última ação prevista, de instalação de postos de inspeção veicular, foi suspensa por conta de uma deliberação<sup>5</sup> do Departamento Nacional de Trânsito (Denatran).

<sup>5</sup> Deliberação n.º 170/2018.

## 7 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

A meta 7 do ODS 3 é assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais. Quanto ao planejamento familiar, de 2005 a 2016, a proporção de mulheres casadas ou com união estável, em idade reprodutiva, que tiveram atendida sua necessidade por esse tipo de planejamento foi de 83% nas Américas. No Brasil, esse número alcançou 90,01% (em 2007, já era de 89,3%), ao passo que, na Europa, foi de 75,1%.

A taxa global de mães adolescentes a cada 1.000 (entre 15 e 19 anos), em 2015, era de 43,9. Nas Américas, essa taxa era de 48,6, ao passo que, na Europa, era 16,6 e, no Brasil, 60,8. O Rio Grande do Sul tem uma situação mais favorável do que a média nacional e também do que os outros estados da Região Sul. A taxa de gravidez por 1.000 adolescentes era de 48,62 em 2015 e de 43,00 em 2017 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). Em números absolutos, Paraná registrou, em 2017, 21.444 casos de adolescentes grávidas, ao passo que o RS registrou 17.574 — ambos estados possuem pouco mais de 11 milhões de habitantes. Santa Catarina, com cerca de sete milhões de habitantes, registrou 11.314 casos.

Ao contrário da cobertura do planejamento familiar para mulheres que se encontram em algum tipo de união, já próxima da universalização, os programas de informação e educação para as adolescentes precisam ser reforçados, já que o País possui taxas muito altas de gravidez na adolescência, mesmo quando comparado à média mundial.

O Indicador de Proporção de Gravidez na Adolescência (10 a 19 anos) foi pactuado interfederativamente (Resolução CIT n.º 08/2016) e aprovado na Comissão Intergestores Bipartite/RS (Resolução n.º 031/2017). Junto a outros indicadores, compõe as prioridades nacionais em saúde para o período 2017-21. No Estado, a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes do RS (PEAISA-RS) tem como um dos seus eixos centrais a atenção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, sendo um dos focos atuais a implementação da Semana Estadual de Prevenção da Gravidez na Adolescência até 2020.

A partir dos resultados desse indicador, bem como daqueles referentes à mortalidade por causas externas em adolescentes, foram selecionados 15 municípios prioritários no RS<sup>6</sup>. Os referidos municípios realizaram Plano de Ação para 2018, destacando as singularidades locais e a necessidade de definir prioridades, sensibilizar gestores e profissionais de saúde e de educação para as ações voltadas a adolescentes, investir na formação de adolescentes multiplicadores, especialmente para as questões ligadas à saúde sexual e reprodutiva, bem como a necessidade de articulação com outras políticas e instituições estratégicas, fortalecendo as parcerias institucionais.

<sup>6</sup> Taquara, Sapucaia do Sul, São Leopoldo, Novo Hamburgo, Alvorada, Viamão, Guaíba, Rio Grande, Vacaria, Passo Fundo, Bagé, Cruz Alta, São Gabriel, Uruguai e São Borja.

## 8 ACESSO A SERVIÇOS, MEDICAMENTOS E VACINAS

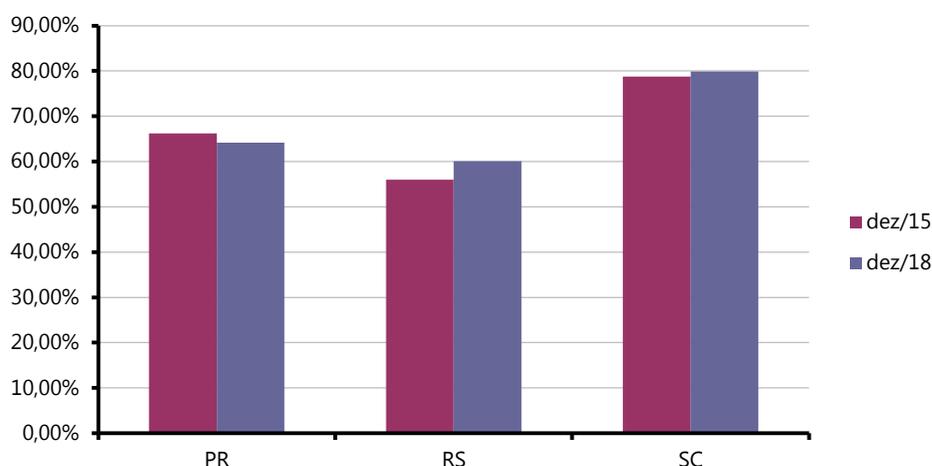
A Meta 8 do ODS 3 é atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

Dados da World Health Organization (2019) demonstram que, nas Américas, pouco mais de 20% dos países têm um plano nacional de saúde e monitoramento regular do progresso de políticas, estratégias e planos no setor. Os dados também demonstram que, considerando todos os países do mundo, um maior gasto no setor está associado com melhor cobertura dos serviços de saúde, mas que a eficiência importa, quando considerados 16 serviços cobertos e a proporção dos gastos em relação ao PIB. Além disso, para países de qualquer nível de renda, mesmo pequenos gastos que o cidadão tenha com saúde causam grandes dificuldades financeiras.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso da população ao Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, a ESF está presente em 482 municípios do Estado, com 2.110 equipes trabalhando nos territórios junto às famílias e comunidades. A população do RS coberta pela ESF é de 6.803.736 pessoas, o que representa aproximadamente 60% da população. A cobertura do RS encontra-se abaixo da cobertura do Brasil, que representa 64% da população, assim como abaixo da de Santa Catarina, que atingiu quase 80% e da do Paraná, que apresenta a mesma média nacional conforme o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB-MS) (BRASIL, 2018)<sup>7</sup>. De qualquer forma, esses dados de 2018 representam um avanço em relação à situação do Estado em 2015, quando essa cobertura era de apenas 56% (Gráfico 11).

Gráfico 11

Cobertura de equipes de saúde da família nos estados da Região Sul — dez./2015 e dez./18



FONTE: DAB-MS (BRASIL, 2018).

Em relação às equipes de saúde bucal na atenção básica, atualmente a população coberta é de 4.951.563 pessoas, o que representa aproximadamente 44% da população (DAB-MS, dez./2018) (BRASIL, 2018).

Em relação às ações e aos produtos propostos pelo Governo do Estado em 2015 por meio do PPA, a expectativa era de que, ao final de 2019, houvesse mais 1.607 leitos de internação, mas 2018 terminou com uma ampliação de 98. Já a meta de manutenção e habilitação de 84 leitos de referência para atendimento da população prisional estava mais próxima de ser alcançada: em 2018, havia 74. Porém, em relação à habilitação de 500 leitos de

<sup>7</sup> Tais indicadores são produzidos a partir dos dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e das estimativas populacionais do IBGE.

cuidado prolongado, a ação não foi levada adiante.<sup>8</sup> O Serviço Aeromédico/Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, por sua vez, existiu apenas em 2016.

A meta para o número de internações cirúrgicas realizadas era que, no fim de 2019, se chegasse a 1.411.324. Porém, em 2018, o número alcançado foi de 662.972.<sup>9</sup> O número de consultas especializadas e exames realizados, ao contrário, superou a meta já um ano antes: o número desejado era de 2.088.876, e foram alcançados, em três anos, 2.793.022. Já a expectativa de realização de consultas médicas especializadas eletivas ao final dos quatro anos era de 30.212.480, tendo sido realizadas 15.024.219 até 2018.

Em relação ao cuidado domiciliar, não há no PPA o número de famílias atendidas, o que mediria mais claramente o serviço prestado, porém existem dados sobre manutenção e habilitação e/ou implantação de equipes de Atenção Domiciliar (a meta eram 50, há registro de 15 em 2018), de Saúde da Família (a meta de 2.019 foi superada já em 2018, alcançando 2.115),<sup>10</sup> e de Saúde Bucal (a meta para o final do período era de 1.012, já tendo registrado 996 em 2018).<sup>11</sup> Havia também a meta de 39 equipes de Saúde Prisional mantidas e habilitadas, sendo que, ao final de 2018, somavam 28.<sup>12</sup>

Tratando-se de municípios beneficiados com recurso para assistência farmacêutica básica e para qualificação da atenção básica, o número desejado já foi alcançado ou está muito próximo, sendo que a meta estabelecida em 2015 era atingir a todos. Dos 497 municípios no RS, no primeiro caso, foram beneficiados 488 e, no segundo, 497. Como se pode perceber, boa parte dos serviços de saúde é prestada pela gestão municipal, sendo competência do Estado distribuir os recursos de forma a obter o melhor serviço para a população gaúcha.

Os dados fornecidos pelo Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), do Ministério da Saúde, permitem ter acesso à quantidade de imunizações aplicadas e ao percentual populacional vacinado. Os Gráficos 12 e 13 demonstram a série histórica compreendida entre os anos 2000 e 2018 no RS e no Brasil, apresentando os cinco tipos de vacina mais aplicadas em termos absolutos<sup>13</sup>.

<sup>8</sup> A meta era de quatro hospitais/ambulatorios equipados, dos quais, em 2018, um havia sido equipado; e de 292 hospitais prestadores de serviços ao SUS beneficiados com recursos, 254 já haviam sido beneficiados em 2018. Da meta de 29 unidades de pronto atendimento 24 horas (UPAs) construídas e equipadas, seis estavam concluídas. Nenhuma das 35 bases municipais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi implantada até 2018.

<sup>9</sup> Segundo as informações prestadas pelo Sistema de Elaboração, Acompanhamento e Revisão do Plano Plurianual (Sisplag), os números referentes às internações cirúrgicas refletem os dados de janeiro a outubro de 2018, tendo em vista que os dados de novembro e dezembro ainda não estão disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Ministério da Saúde. Além disso, os dados podem sofrer alteração até seis meses após a data de alta do usuário.

<sup>10</sup> Há ainda a estrutura de suporte para essas equipes: havia a meta de 209 núcleos de apoio à saúde da família mantidos e implantados, já superada em 2018, com 211; de 72 unidades de saúde da família construídas, ampliadas e/ou reformadas e de 20 unidades de saúde da família equipadas, sendo que nenhuma ação foi levada a cabo até 2018 em relação a essas unidades.

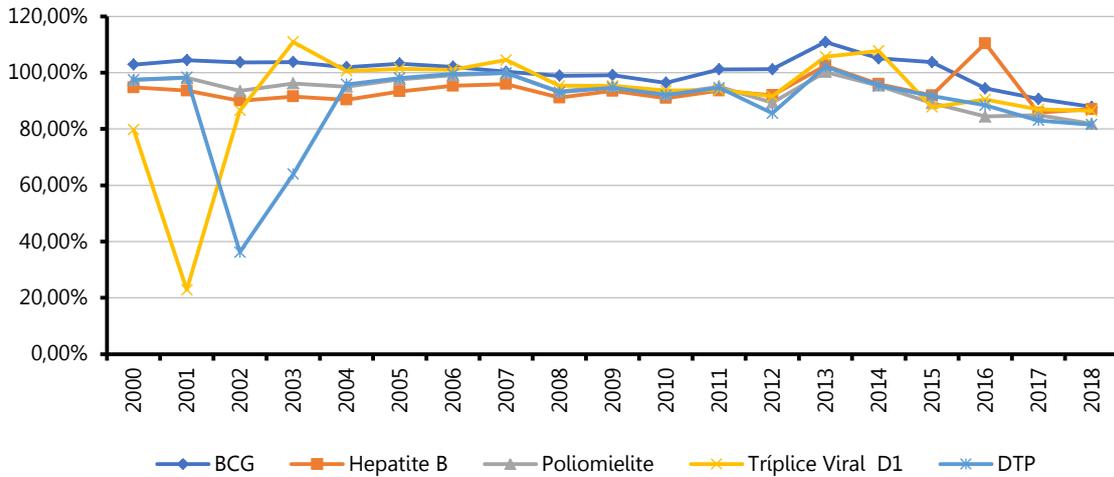
<sup>11</sup> A meta de 42 centros de especialidade odontológica mantidos e implantados em 2019 alcançava 37 em 2018. Das 37 equipes da Saúde Prisional, 28 delas possuem confinamento estadual, pois algumas foram equipadas pela Superintendência de Serviços Penitenciários (Susepe).

<sup>12</sup> Em relação às 12 unidades básicas de saúde prisional equipadas, pelos registros do PPA, nenhuma ação nesse sentido havia sido realizada.

<sup>13</sup> Algumas taxas de coberturas vacinais podem passar dos 100%, pois, no denominador, a população-alvo é feita por estimativas em anos intercensitários.

Gráfico 12

Cobertura de vacinas no Rio Grande do Sul — 2000-18

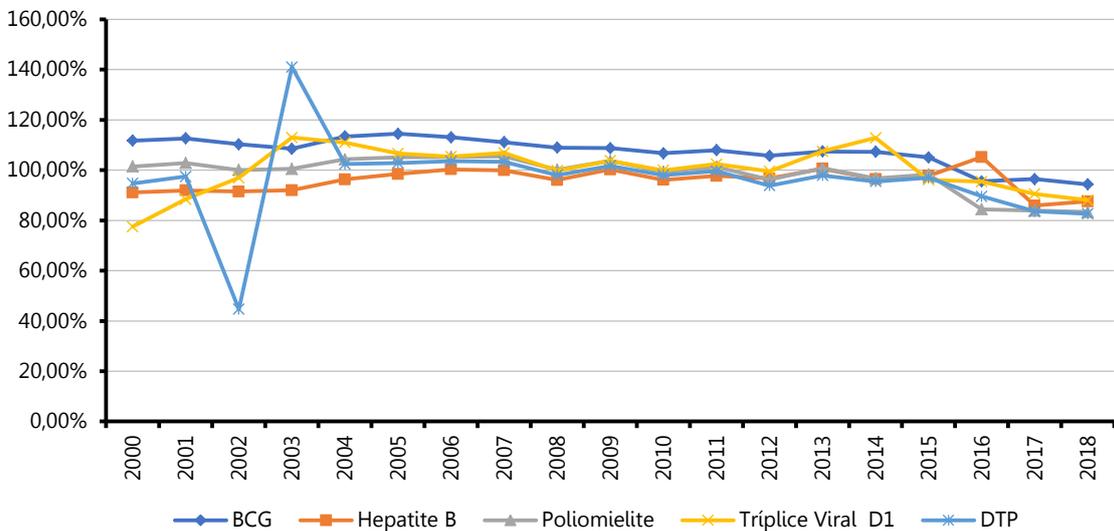


Fonte: Ministério da Saúde/SVS/Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) (BRASIL, 2018).

Quer seja no caso estadual, quer seja no nacional, apresenta-se uma tendência de queda constante da cobertura da população vacinada a partir de 2013<sup>14</sup>.

Gráfico 13

Cobertura de vacinas no Brasil — 2000-18



Fonte: Ministério da Saúde/SVS/Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) (BRASIL, 2018).

<sup>14</sup> Há algumas exceções a essa regra. No caso estadual, há um crescimento do percentual de cobertura para a hepatite B entre os anos 2015 e 2016 e também de tríplice viral D1 no mesmo período. No caso nacional, há um pequeno crescimento do percentual de vacinação para BCG (contra a tuberculose) de 2016 para 2017; hepatite B entre 2015 e 2016; tríplice viral (contra sarampo, caxumba e rubéola) entre 2013 e 2014; e um crescimento mínimo de DTP (também chamada de tríplice bacteriana, que engloba difteria, tétano e coqueluche) entre 2014 e 2015.

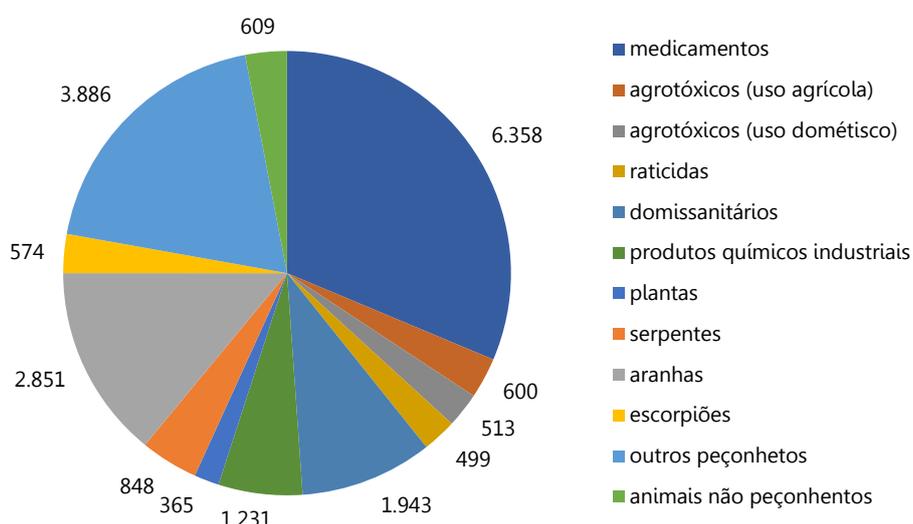
## 9 PRODUTOS QUÍMICOS PERIGOSOS, CONTAMINAÇÃO E POLUIÇÃO

A meta 9 do ODS 3 é reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar, da água e do solo.

No âmbito nacional, segundo a World Health Organization (2019), a taxa de mortes por 100.000 atribuídas à poluição do ar, em 2016, foi de 31, por envenenamento, 0,2 (número que não varia muito, exceto em 2000, quando foi de 0,3). Em 2015, o Centro de Informação Toxicológica (CIT) de Porto Alegre reportou 22.336 casos e 15 óbitos de intoxicação humana. O Gráfico 14 mostra as principais causas de intoxicação, sendo medicamentos a prevalente, seguida de outros peçonhentos (que não aranhas, serpentes ou escorpiões), de aranhas, de domissanitários e produtos químicos industriais. Em 2016, foram 22.617 casos e 31 óbitos. Para o ano seguinte, não constam dados, assim como não constavam para os demais centros da Região Sul em 2016, e em 2015, constavam apenas dados para o CIT-SC, em Florianópolis, com 11.229 casos e 15 óbitos<sup>15</sup>.

Gráfico 14

Número de casos registrados de intoxicações, por agente tóxico, no Rio Grande do Sul — 2015



Fonte: Fiocruz (SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS, 2016).

Já segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), a taxa de mortalidade atribuída à água inadequada, ao saneamento inseguro ou à falta de higiene foi de 5,2 (por 100.000) em 2015 (era 7,7 em 2000). As doenças incluídas nessa taxa são frações de diarreia, infecções por nematoides intestinais e desnutrição proteico-energética. Essas infecções podem estar relacionadas com a alta prevalência de parasitas como quarta causa de morte evitável no RS.

No que diz respeito a essas questões, as ações da SES encontradas no PPA relativas ao cuidado com a água para evitar a transmissão de algumas doenças não tiveram consecução<sup>16</sup>. Além dessas, eram esperadas 3.036.000

<sup>15</sup> O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinotox) da Fiocruz, quando consultado em relação aos casos de intoxicação, exibe a seguinte mensagem: "Informamos aos usuários que o menor número de casos de intoxicações e envenenamentos registrado nas estatísticas produzidas pela Sinotox, nos últimos anos, ocorreu em virtude da diminuição da participações dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATs) nestes levantamentos. Portanto, o número de casos de intoxicações e envenenamentos registrado pelos CIATs não vem decrescendo no país. A comparação dos dados entre os anos deve ser realizada com cautela, buscando-se, idealmente, utilizar registros provenientes dos mesmos CIATs".

<sup>16</sup> Como a implantação de módulos sanitários com tratamento de esgoto e de redes de abastecimento de água potável, ou os laboratórios de vigilância da qualidade da água para consumo humano. Parte dessas ações não implementadas possivelmente decorreu da extinção de estruturas que as realizavam no decorrer do PPA 2016-19, como a Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS).

análises laboratoriais em vigilância toxicológica, das quais, ao final de 2018, 1.796.177 haviam sido realizadas. Quanto aos 94.400 teleatendimentos toxicológicos e de diagnóstico por imagem realizados, 80.985 já haviam sido realizados até o fim do ano passado. Embora a Secretaria de Meio Ambiente também tenha uma série de ações que se relacionam com essa meta, não há, no PPA 2016-19 indicador de acompanhamento estabelecido para monitorá-las.

## REFERÊNCIAS

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel 2015. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vigitel#dados>. Acesso em: 25 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Dez. 2018. **Cobertura da atenção básica**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>. Acesso em: 25 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**. 2019. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>. Acesso em: 24 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel 2018. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2019a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vigitel#dados>. Acesso em: 25 jul. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; BRASIL. Secretaria de Governo. **Indicadores brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2019. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/>. Acesso em: 10 abr. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060**. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-dapopulacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 1 jul. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Agenda 2030. ODS. Metas nacionais dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável**. Brasília, DF: IPEA, 2018. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=33895&Itemid=433](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33895&Itemid=433). Acesso em: 24 jul. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Relatório anual de gestão de 2018**. Porto Alegre: SES, 2019.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS. **Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento: Brasil, 2015**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. Disponível em: <https://sinitox.icict.fiocruz.br/dados-nacionais>. Acesso em: 1 jul. 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs**. [S.l.], 2019. Disponível em: [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2019/en/](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2019/en/). Acesso em: 10 abr. 2019.



**NOVAS FAÇANHAS**

NO PLANEJAMENTO,  
ORÇAMENTO E GESTÃO

[planejamento.rs.gov.br](http://planejamento.rs.gov.br)