

**Carga global de doenças: utilização no planejamento em saúde do Estado do Rio Grande do Sul**  
**Global disease burden: use in health planning in the State of Rio Grande do Sul**  
**Carga global de enfermedades: uso en la planificación en salud en el Estado de Rio Grande do Sul**

Recebido: 02/10/2020 | Revisado: 05/10/2020 | Aceito: 06/10/2020 | Publicado: 07/10/2020

**André Luis Alves de Quevedo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9314-7578>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: [andrequevedo\\_sls@hotmail.com](mailto:andrequevedo_sls@hotmail.com)

**Ana Paula de Carvalho**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1892-3164>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: [ana-carvalho@saude.rs.gov.br](mailto:ana-carvalho@saude.rs.gov.br)

**Bruna Campos De Cesaro**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6533-2677>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: [bruna-cesaro@saude.rs.gov.br](mailto:bruna-cesaro@saude.rs.gov.br)

**Camila Guaranha**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7401-0592>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: [camila-guaranha@saude.rs.gov.br](mailto:camila-guaranha@saude.rs.gov.br)

**Carla Cristina Santos dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9767-3962>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: [carla-cristina@saude.rs.gov.br](mailto:carla-cristina@saude.rs.gov.br)

**Cristian Fabiano Guimarães**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3101-634X>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: [crisfabianog@gmail.com](mailto:crisfabianog@gmail.com)

**Cristiane Fischer Achutti**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1326-7076>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: [cristiane-fischer@saude.rs.gov.br](mailto:cristiane-fischer@saude.rs.gov.br)

**Fernanda Duarte Mergel**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6778-8136>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: [fernanda-mergel@saude.rs.gov.br](mailto:fernanda-mergel@saude.rs.gov.br)

**Guilherme Silva de Farias**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6812-0637>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: [guilherme-farias@saude.rs.gov.br](mailto:guilherme-farias@saude.rs.gov.br)

**Gustavo Cascardi**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7560-4322>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: [gustavo-cascardi@saude.rs.gov.br](mailto:gustavo-cascardi@saude.rs.gov.br)

**Karen Chisini Coutinho**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6159-5077>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: [karen-coutinho@saude.rs.gov.br](mailto:karen-coutinho@saude.rs.gov.br)

**Marilia Canterle Gonçalves**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5483-7963>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: [marilia-goncalves@saude.rs.gov.br](mailto:marilia-goncalves@saude.rs.gov.br)

**Marina do Amaral Schenkel**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8119-3646>

University College Dublin, Irlanda

E-mail: [marina.827@hotmail.com](mailto:marina.827@hotmail.com)

**Priscila Farfan Barroso**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4815-4792>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: [prifarfan@gmail.com](mailto:prifarfan@gmail.com)

**Renata Varela**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0629-5308>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: [renata-varela@saude.rs.gov.br](mailto:renata-varela@saude.rs.gov.br)

**Richer Rodrigues Ribeiro**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9632-8320>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: [richer-ribeiro@saude.rs.gov.br](mailto:richer-ribeiro@saude.rs.gov.br)

## **Resumo**

O objetivo do presente artigo é apresentar a experiência e os resultados da utilização da abordagem de Carga Global de Doenças (CGD) no Planejamento em Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (RS), especialmente na construção do Plano Estadual de Saúde do período 2020-2023. Metodologia: a CGD utiliza na sua metodologia base de dados secundários e estudos populacionais para o cálculo de perda de saúde decorrente de doenças, lesões e fatores de risco por idade, sexo, ano e local. Para a análise descritiva quantitativa dos dados do RS foram utilizadas as informações do site do *Institute for Health Metrics and Evaluation*, da Universidade de Washington. Resultados: analisando a Carga Global de Doenças do Estado do RS por Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALYs), para o período de 1990 e 2017, percebeu-se um aumento das condições crônicas. Apesar das contribuições da abordagem, foram identificados alguns desafios, tais como o difícil entendimento de não especialistas no tema e a necessidade da disponibilização dessas informações por Região de Saúde para os estados brasileiros. Conclusões: aponta-se a potência do uso da Carga Global de Doenças para identificar possíveis caminhos para o planejamento e para a tomada de decisão em saúde, bem como o desafio para a gestão do SUS em traduzir, nas metas prioritárias dos instrumentos de planejamento e gestão, as demandas de saúde identificadas a partir da GCD.

**Palavras-chave:** Carga global da doença; Planejamento em saúde; Gestão em saúde.

## **Abstract**

The objective of this article is to present the experience and the results of adopting the Global Burden of Disease (CGD) approach in Health Planning in the State of Rio Grande do Sul (RS), Brazil, specifically for the 2020-2023 Health Plan. Methodology: The CGD is

calculated with secondary data and population studies and it shows health loss due to diseases, injuries and risk factors by age, sex, year and place. Our source was the data available in the Institute for Health Metrics and Evaluation website, from the University of Washington. We developed a descriptive analysis of the RS data for the Health Plan. Results: Analyzing the Global Burden of Disease of the State of RS by Disability Adjusted Life Years (DALYs) from 1990 to 2017, we noticed an increase in chronic conditions. Despite the contributions of the approach, some challenges were identified, such as the difficulty of understanding of this content by non-specialists and the need to let the information available by Brazilian Health Regions. Conclusions: The potential of adopting the Global Burden of Disease is pointed out to identify possible paths for health planning and decision-making, as well as the challenge for SUS management to translate, in the priority goals of the planning and management instruments, the health demands identified from the GCD.

**Keywords:** Global burden of disease; Health planning; Health management.

### **Resumen**

El objetivo de este artículo es presentar la experiencia y los resultados de la aplicación del enfoque de Carga Global de Enfermedad (CGD) en la Planificación de la Salud en el Estado de Rio Grande do Sul (RS), especialmente en la construcción del Plan Estatal de Salud para el período 2020-2023. Metodología: CGD utiliza datos secundarios y estudios de población en su metodología para calcular la pérdida de salud por enfermedades, lesiones y factores de riesgo por edad, sexo, año y lugar. Para el análisis descriptivo cuantitativo de los datos de RS, se utilizó información del sitio web del Institute for Health Metrics and Evaluation, de la Universidad de Washington. Resultados: analizando la Carga Global de Enfermedades del Estado de RS por Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYs), para el período de 1990 a 2017, se observó un aumento de las condiciones crónicas. A pesar de los aportes del enfoque, se identificaron algunos desafíos, como la difícil comprensión de los no especialistas en el tema y la necesidad de poner esta información a disposición por Región de Salud para los estados brasileños. Conclusiones: se señala el potencial de utilizar la Carga Global de Enfermedades para identificar posibles caminos para la planificación y toma de decisiones en salud, así como el desafío para la gestión del SUS de traducir, en las metas prioritarias de los instrumentos de planificación y gestión, las demandas de salud identificadas desde la GCD.

**Palabras clave:** Carga global de enfermedades; Planificación en salud; Gestión en salud.

## 1. Introdução

A abordagem da Carga Global de Doenças (CGD) ou *Global Burden of Disease* (GBD) visa “[...] quantificar a magnitude comparativa da perda de saúde decorrente de doenças, lesões e fatores de risco por idade, sexo e geografia para pontos específicos no tempo.” (IHME, 2013, p. 5). Neste estudo, foram utilizados dados do Projeto de Carga Global de Doenças Brasil, fruto de uma articulação entre Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais e *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), da Universidade de Washington. Este projeto propunha construir uma rede de colaboradores “[...] com o objetivo de dar apoio metodológico e avaliar as estimativas do estudo CGD em nível subnacional, bem como compilar e analisar a carga da doença no país e nos estados brasileiros.” (Souza, França & Cavalcante, 2017, p. 2).

A Carga Global de Doenças utiliza na sua metodologia base de dados secundários e estudos populacionais para o cálculo da perda de saúde decorrente de doenças, lesões e fatores de risco por idade, sexo, tempo e local. Para isso baseia-se em pelo menos dez métricas: óbitos, taxas de mortalidade (ajustadas e padronizadas), 84 fatores de risco, prevalência, incidência, expectativa de vida, expectativa de vida saudável, anos de vida perdidos por morte prematura (*Years of Life Lost due to premature mortality* - YLLs), anos vividos com incapacidade (*Years Lived with Disability* - YLDs) e anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted Life Year* - DALYs: inclui YLL + YLD).

No Brasil, entre 1990 e 2010, a Carga Global de Doença aumentou por diabetes e doença renal; as doenças cardiovasculares persistiram como a principal causa de morte; e, os principais fatores de risco foram a dieta inadequada e a hipertensão (Marinho, Passos & França, 2016).

Especificamente sobre o Estado do Rio Grande do Sul (RS), este é composto por 497 municípios, trinta Regiões de Saúde e sete Macrorregiões de Saúde (Rio Grande do Sul, 2016). Conforme dados do DATASUS/Ministério da Saúde, no ano de 2019 a população estava estimada em 11.377.239 habitantes (Brasil, 2020). O RS caracteriza-se como a sexta unidade federativa mais populosa do Brasil.

Segundo Marinho et al. (2018), utilizando a abordagem da CGD, entre os anos 1990 e 2016, percebe-se que no Estado do Rio Grande do Sul houve redução de 1.136,5 para 724,1/100.000 da taxa de mortalidade padronizada por idade, ou seja, reduziu-se em 36,3% o número de mortes. Já os anos potenciais de vida perdidos tiveram redução de 25.032,5 para 16.299,3/100.000, ou seja, 34,9%; os anos vividos com incapacidade, padronizados por idade,

reduziram de 11.289,4 para 10.978,8/100.000, ou seja, 2,8%; e, os anos de vida ajustados por incapacidade tiveram uma redução de 36.321,9 para 27.278,1/100.000, o que representa diminuição de 24,9%.

Malta et al. (2017a) identificaram, empregando a CGD para calcular as taxas de mortalidade padronizada por idade para doenças crônicas não transmissíveis, entre os anos de 1990 e 2015, que esse valor no RS teve queda percentual de 873,3 para de 611,6/100.000. Constataram ainda que as doenças cardiovasculares tiveram redução de 435,7 para 238,9/100.000; as doenças crônicas respiratórias de 93,5 para 61,0/100.000; e as neoplasias de 187,3 para 160/100.000. Já o diabetes melittus aumentou de 26,3 para 28,6/100.000.

A partir dos resultados apontados na literatura acadêmica, no Estado do Rio Grande do Sul buscou-se qualificar a análise situacional do Plano Estadual de Saúde 2020-2023 através da utilização da abordagem de Carga Global de Doenças. Assim, o **objetivo** do presente artigo é apresentar a experiência e os resultados da utilização da abordagem de Carga Global de Doenças no Planejamento em Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, especialmente na construção do Plano Estadual de Saúde do período 2020-2023.

## 2. Metodologia

O presente estudo trata-se de um relato de experiência, no qual se adotou uma análise quantitativa descritiva da métrica referente aos Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (*Disability Adjusted Life Years - DALYs*). Os DALYs expressam o número de anos perdidos devido a problemas de saúde, incapacidade ou morte precoce. Esse indicador foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para comparar a saúde geral e a expectativa de vida de diferentes países, a partir dos anos de 1990. Usando DALYs, a carga de doenças que causam morte prematura, mas com pouca incapacidade (como afogamento ou sarampo), pode ser comparada à carga de doenças que não causam morte, mas causam incapacidade (como catarata e cegueira). Conforme Pereira et al. (2018, p. 69), nos “[...] métodos quantitativos, faz-se a coleta de dados quantitativos ou numéricos por meio do uso de medições de grandezas e obtém-se por meio da metrologia, números com suas respectivas unidades.”.

Para a análise dos dados do Estado do Rio Grande do Sul foram utilizadas as informações do site do *Institute for Health Metrics and Evaluation* <<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>>. Inicialmente foi selecionada a forma de apresentação “*Arrow diagram*” (diagrama de setas) e “*Single*” (único). Posteriormente, no tópico “*Settings*” (configurações), no campo “*Display*” (exibição) foi selecionada a opção

“Cause” ou “Cause of death or injury” (causa de morte ou ferimento); no campo “Rank” (classificação) foi selecionada a opção “Cause” (causa); no campo “Category” (categoria) foi selecionada a opção “All causes” (todas as causas). Já no tópico “Level” (nível), no campo “Measure” (medida), foi selecionada a opção “DALYs (Disability-Adjusted Life Years)”; no campo “Range” (período) foi selecionada a opção “1990” e “2017” (primeiro e último ano disponíveis); no campo “Age” (idade) foi selecionada a opção “All” (todas); no campo “Sex” (sexo) foi selecionada a opção “Both” (ambos); e, por fim, no campo “Units” (unidade) foi selecionada a opção “%” (percentual). Assim, gerou-se a Figura 1 e os valores apresentados nos resultados do presente artigo. Essas escolhas foram realizadas buscando facilitar a apresentação gráfica da variação das causas de número de anos perdidos devido a problemas de saúde, incapacidade ou morte precoce no Estado do Rio Grande do Sul.

### 3. Resultados e Discussão

O Plano de Saúde é o instrumento central para o planejamento em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, “[...] os planos de saúde são instrumentos oficiais e obrigatórios que expressam a forma como os gestores em saúde concebem, planejam e priorizam ações e programas de saúde para a construção de políticas públicas [...]” (Quevedo et al., 2017, p. 839). Ele define as iniciativas para o período de quatro anos para a União, os estados e municípios, devendo ser composto de três capítulos: a) análise situacional; b) diretrizes, objetivo, metas e indicadores e c) monitoramento e avaliação.

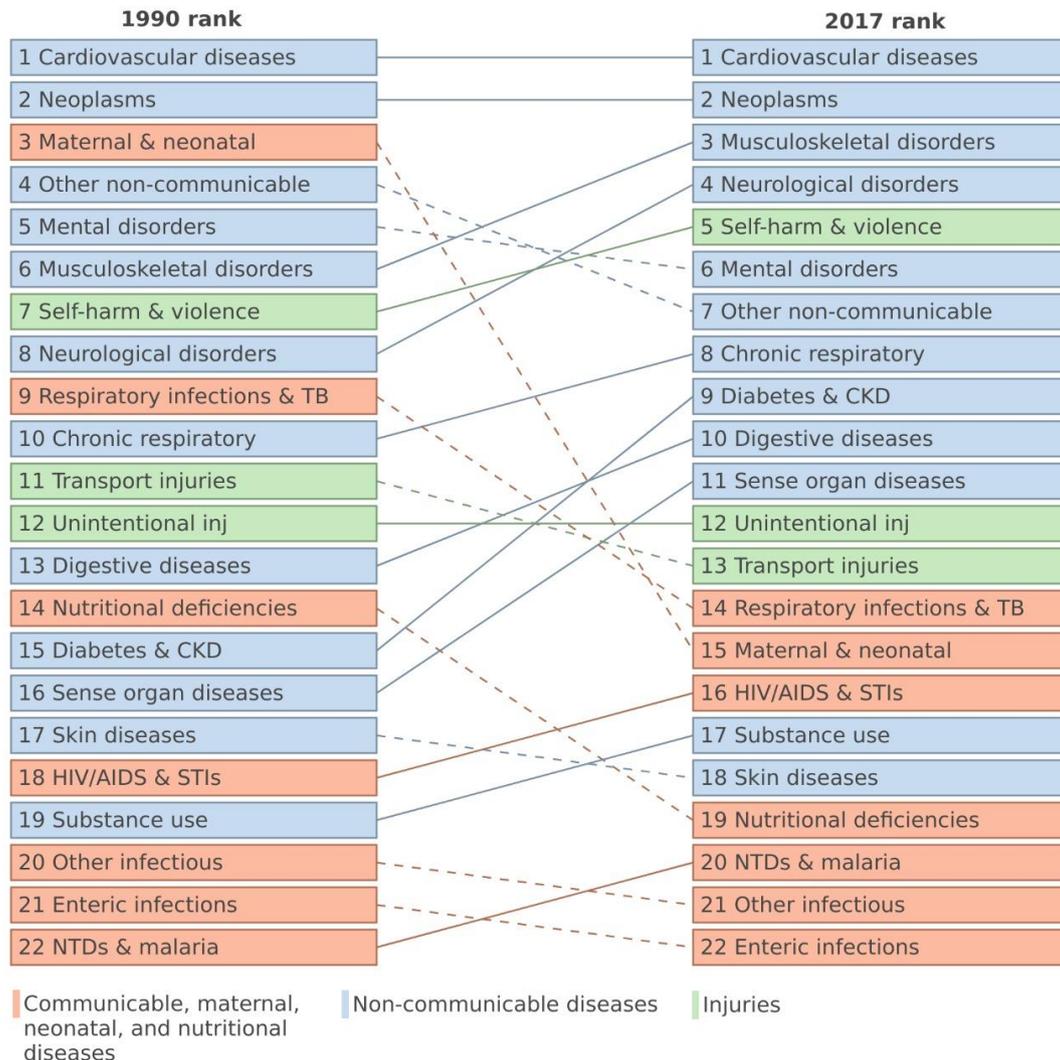
A análise situacional contempla temas como: estrutura do sistema de saúde; Redes de Atenção à Saúde; condições socio sanitárias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde; ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão (Brasil, 2016).

No atual cenário da gestão em saúde, é premente o desafio de utilizar novas métricas do nível de saúde da população, e tal esforço é necessário para melhor monitorar e avaliar o cuidado em saúde. Nesse sentido, a CGD foi utilizada pela SES/RS durante a construção do Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, sendo incluída no tópico de condições socio sanitárias – evidenciado através de indicadores de nascimento, mortalidade, morbidade, dados socioeconômicos e demográficos. A utilização da CGD buscou qualificar a análise da situação de saúde no RS, observando-se, ao longo do tempo, a magnitude que algumas doenças e condições apresentam na saúde da população gaúcha.

Analisando a Carga Global de Doenças do Estado do RS por Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALYs), para o período de 1990 a 2017 (Figura 1), destaca-se que as doenças cardiovasculares permaneceram na 1ª posição (com redução de 10,69%), seguidas das neoplasias (com aumento de 37,35%). As doenças musculoesqueléticas, que estavam na 6ª posição em 1990, passaram para a 3ª posição em 2017, com aumento de 34,67%. Na 4ª posição em 2017 apareceram os distúrbios neurológicos (com aumento de 30,89%), que em 1990 estavam na 8ª posição.

Também em 2017, na 5ª posição aparecem as tentativas de suicídio e violência interpessoal (com aumento de 27,41%), as quais em 1990 estavam na 7ª colocação. Destaque ainda para diabetes e doenças renais, que ocupavam a 15ª posição em 1990 e passaram à 9ª posição (com aumento de 63,11%) em 2017. Já as doenças maternas e neonatais, que em 1990 ocupavam a 3ª posição, passaram para a 15ª posição em 2017 (com redução de 59,94%); as infecções respiratórias e a tuberculose, que estavam na 9ª posição, passaram para a 14ª posição (com redução de 38,41%) e as deficiências nutricionais, que estavam na 14ª posição, passaram para a 19ª posição (com redução de 57,56%).

**Figura 1.** Ranking da Carga Global de Doenças, por Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALYs), Rio Grande do Sul, 1990 e 2017.



Fonte: *Institute for Health Metrics and Evaluation.*

Malta et al. (2017b), ao examinarem a Carga Global de Doença quanto aos anos de vida ajustados por incapacidade atribuídos a fatores de risco selecionados, identificaram para o Rio Grande do Sul, em 2015, os cinco principais fatores de risco: a dieta inadequada, a pressão sistólica elevada, o colesterol total elevado, o tabagismo e o uso de álcool e drogas. Salienta-se que a ordem de tais fatores de risco não foi a mesma entre as unidades federativas brasileiras, mantendo-se igual apenas na primeira posição a dieta inadequada.

O Brasil vem passando por um processo de transição demográfica e epidemiológica caracterizado pelo envelhecimento populacional e por uma tripla carga de doenças. Essa situação se dá por conta: a) de uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; b) do aumento das doenças crônicas e de seus fatores de

riscos (como tabagismo, sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada); e c) do forte crescimento das causas externa (Mendes, 2010).

Uma diretriz do SUS é trabalhar com foco na regionalização. Isso se dá devido às diferenças regionais que o processo saúde-doença apresenta nos diversos territórios, inclusive dentro de uma mesma unidade federativa ou município. Nesse sentido, é importante remeter-se ao conceito de Região de Saúde, apresentado a partir do Decreto 7.508/2011 como:

[...] 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 (Brasil, 2011).

Mesmo que a regionalização seja uma das diretrizes do SUS e que as análises territoriais da situação de saúde devam ser realizadas no *locus* da Região de Saúde, aponta-se que não foi possível utilizar a ferramenta de Carga Global de Doenças para a realização de tais análises, para além do recorte estadual. Isso porque a CGD disponibiliza os dados apenas até o nível territorial de unidade federativa, o que se apresenta como uma limitação para a análise das diferenças das Regiões de Saúde existentes nos estados brasileiros, incluindo o Rio Grande do Sul. As Regiões de Saúde, por representarem identidades culturais, sociais e econômicas de determinado território, guardam diferentes realidades sanitárias entre si. Sendo assim, seria importante poder utilizar essa abordagem a partir da perspectiva regional, visando qualificar o processo de tomada de decisão para a gestão em saúde.

De igual forma, sinaliza-se que, dada a complexidade da abordagem da Carga Global de Doenças, ainda não é possível reproduzir esses cálculos por Região de Saúde na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, uma vez que são feitas diversas correções e imputações pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation* nas bases de dados e informações utilizadas. Essa limitação prejudica o uso dessa abordagem, de modo a qualificar o processo de tomada de decisão dos gestores e o planejamento do sistema de saúde em âmbito regional.

Outro desafio identificado para a utilização da abordagem foi traduzir para o controle social a interpretação e aplicação dos resultados da Carga Global de Doenças. Os Conselhos de Saúde foram positivados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, como um órgão colegiado imprescindível do Sistema Único de Saúde. Tanto que, para que recebam os recursos federais do Ministério da Saúde, conforme o artigo 4º da supracitada lei, os

Municípios, os Estados e o Distrito Federal precisam ter em funcionamento e com paridade os conselhos de saúde em suas respectivas unidades federativas. Os conselhos têm caráter permanente e deliberativo, devendo ser constituídos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na “formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.” (Brasil, 1990).

A necessidade da inclusão de uma análise situacional que incluísse a CGD foi identificada pela própria instância de controle social no período de avaliação do Plano Estadual de Saúde anterior (2016-2019). Desse modo, na experiência do Rio Grande do Sul, foi necessário um diálogo construtivo com esse órgão colegiado para viabilizar o entendimento da abordagem da CGD pelos diferentes conselheiros de saúde. Estes, muitas vezes, não possuem formação ou conhecimento técnico para o exercício de suas funções (Matos et al., 2018; Saliba et al., 2009), sendo necessário articular os espaços de educação permanente que possibilitem a plena realização de suas atribuições, especialmente quando da análise de indicadores de saúde. Salienta-se, igualmente, que os cálculos e a interpretação das CGD são um desafio também para a compressão de muitos profissionais da saúde, que não necessariamente possuem formação em epidemiologia e que necessitam, muitas vezes, de espaços que propiciem sua constante atualização.

Fleury & Ouverney (2012) sinalizam que, para assegurar a governança do Sistema Único de Saúde, é preciso fortalecer a autonomia dos municípios, solidificando o papel do Estado como coordenador regional, bem como a capacidade dos conselheiros para o exercício de suas atribuições. Ainda, de acordo com Carvalho et al. (2012, p. 907):

[...] o acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelas instâncias de gestão e pelos espaços de controle social, favorecendo o empoderamento e a mobilização social.

Assim, torna-se relevante para o exercício de cidadania que os dados e informações em saúde utilizados e apresentados aos conselheiros sejam facilmente compreensíveis, permitindo uma leitura crítica dos mesmos. Além disso, quando as análises de dados têm limitações, também cabe trazer essas argumentações para o diálogo.

Ressalta-se que outra restrição do estudo foi não ter realizado a análise da abordagem de Carga Global de Doenças por faixa etária e sexo, no recorte da unidade federativa

apresentada. Tal escolha se deu em virtude da necessidade de escrever um documento de planejamento sucinto e de leitura dinâmica. No entanto, tais análises necessitam ser melhor exploradas em futuros trabalhos.

Por fim, como Souza, França & Cavalcante (2017) alertam, aquilo que não é medido não é conhecido e, não sendo conhecido, não é passível de ação. Nessa linha, reside a potência da utilização da abordagem de Carga Global de Doenças no Planejamento em Saúde, ou seja, a disponibilização de informação qualificada e atual para a tomada de decisão.

#### **4. Considerações Finais**

A utilização da ferramenta da CGD permitiu perceber o aumento das condições crônicas no período de 1990 a 2017 no Estado do Rio Grande do Sul. Observou-se que, apesar das contribuições da abordagem, um desafio de seu uso é traduzir para a população a metodologia e os resultados apresentados, especialmente considerando o papel central do controle social no Sistema Único de Saúde. Outro desafio identificado foi a necessidade de utilizar esses dados para pensar os territórios, a partir da perspectiva regional, considerando-se as diferenças e singularidades de cada contexto. Salienta-se que, hoje, a ferramenta apresenta dados apenas para as unidades federativas brasileiras, e não por Região de Saúde. Nesse sentido, para sua melhor utilização tal funcionalidade poderia ser disponibilizada.

No entanto, esses limites não retiram o valor dessa abordagem para avançar na qualificação do processo de análise situacional em saúde, uma vez que permite observar ao longo do tempo as modificações na situação de saúde da população e a identificar possíveis caminhos para o planejamento e para a tomada de decisão em saúde. Ressalta-se que ainda se configura como um desafio para a gestão do SUS traduzir, nas metas prioritárias dos instrumentos de planejamento e gestão, as demandas de saúde identificadas a partir da análise situacional, em especial aquelas apresentadas pela abordagem da Carga Global de Doenças.

Indicadores sintéticos que cotejam diferentes aspectos relacionados à saúde são importantes ferramentas para o monitoramento e a avaliação das políticas de saúde. Espera-se que, em um futuro próximo, o planejamento possa utilizar-se de abordagens como a CGD para avaliar o impacto das escolhas em termos de políticas de saúde correlacionado com a variação nos indicadores de saúde da população.

## Referências

(2017). Estudo de carga global de doença 2015: resumo dos métodos utilizados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(supl. 1), 4-20. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050002>

Brasil (2020). DATASUS. População residente - estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000-2019 - Brasil. Recuperado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?popvs/cnv/popbr.def>

Brasil (2016). Ministério da Saúde. *Manual de planejamento no SUS*. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde. (Série Articulação Interfederativa; 4. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_manual\\_planejamento\\_atual.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf)

Brasil (2011). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília/DF. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)

Brasil (1990). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília/DF. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)

Carvalho, A. L. B., Souza, M. F., Shimizu, H. E., Senra, I. M. V. B. & Oliveira, K. C. (2012). A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 901-911. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400012>

Fleury, S., & Ouverney, A. (2012). O sistema único de saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, 11(2-3), 74-83. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpbg/v11n2-3/v11n2-3a07.pdf>

IHME (2013). Institute for Health Metrics and Evaluation. *Carga de Doença Global: gerando evidências, política de orientação*. Seattle, WA: IHME. Recuperado de [http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy\\_report/2013/GBD\\_GeneratingEvidence/IHME\\_GBD\\_GeneratingEvidence\\_FullReport\\_PORTUGUESE.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport_PORTUGUESE.pdf)

Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden Disease. Compare. Viz Hub. Recuperado de <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Marinho, F. A. P., et al. (2018). Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 392(10149), 760-775. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31221-2

Marinho, F., Passos, V. M. A. & França, E. B. (2016). Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(4), 713-724. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000400005>

Malta, D. C., França, E., Abreu, D. M. X., Perillo, R. D., Salmen, M. C., Teixeira, R. A., Passos, V., Souza, M. F. M., Mooney, M. & Naghavi, M. (2017a). Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *Sao Paulo Medical Journal*, 135(3), 213-221 <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0330050117>

Malta, D. C., Felisbino-Mendes, M. S., Machado, I. E., Passos, V. M. A., Abreu, D. M. X., Ishitani, L. H., Velásquez-Meléndez, G., Carneiro, M., Mooney, M. & Naghavi, M. (2017b). Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20 (supl. 1), 217-232. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050018>

Matos, F. S., Passos, R. S., Boery, E. N., Vilela, A. B. A., Nery, A. A. & Martins-Filho, I. E. (2018). Perfil dos conselheiros e seu conhecimento em relação ao Conselho Municipal de

Saúde: Revisão Integrativa. Revista Saúde.Com, 14(4), 1298-1302.  
<https://doi.org/10.22481/rsc.v14i4.4443>

Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J. & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. Recuperado de [https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic\\_Computacao\\_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1)

Rio Grande do Sul (2016). Secretaria da Saúde. *Plano Estadual de Saúde: 2016/2019*. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2016. 228 p. II. Recuperado de <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>

Saliba, N. A., Moimaz, S. A. S., Ferreira, N. F. & Custódio, L. B. M. (2009). Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. *Revista de Administração Pública*, 43(6), 1369-1378. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000600007>

Souza, M. F. M., França, E. B. & Cavalcante, A. (2017). Carga da doença e análise da situação de saúde: resultados da rede de trabalho do Global Burden of Disease (GBD) Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(supl. 1), 1-3. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050001>

Quevedo, A. L. A., Bagatini, C. L. T., Bellini, M. I. B., Machado, R. Z. & Guaranha, C. (2017). Determinantes e condicionantes sociais: formas de utilização nos Planos Nacional e estaduais de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(3), 823-842. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00085>

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

André Luis Alves de Quevedo – 6,25%

Ana Paula de Carvalho – 6,25%

Bruna Campos De Cesaro – 6,25%

Camila Guaranha – 6,25%

Carla Cristina Santos dos Santos – 6,25%

Cristian Fabiano Guimarães – 6,25%

Cristiane Fischer Achutti – 6,25%

Fernanda Duarte Mergel – 6,25%

Guilherme Silva de Farias – 6,25%

Gustavo Cascardi – 6,25%

Karen Chisini Coutinho – 6,25%

Marilia Canterle Gonçalves – 6,25%

Marina do Amaral Schenkel – 6,25%

Priscila Farfan Barroso – 6,25%

Renata Varela – 6,25%

Richer Rodrigues Ribeiro – 6,25%