

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO
MEIO AMBIENTE

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE
1991/1995

ALCEU COLLARES
GOVERNADOR DO ESTADO

JÚLIO HOCSMAN
SECRETÁRIO DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

COORDENAÇÃO

Sandra Regina Collares Pérez Macedo
Coordenadora da Assessoria de Planejamento

ELABORAÇÃO

Equipe Técnica da Secretaria da Saúde e do
Meio Ambiente

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

1. INTRODUÇÃO	pag. 3
2. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO	4
2.2 - Localização Geográfica e Aspectos Demográficos	4
2.2 - Aspectos Sócio-econômicos	7
2.3 - Aspectos Gerais de Infra-estrutura	9
3. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	12
3.1 - Situação Epidemiológica	12
3.2 - Infra-estrutura dos serviços	21
3.3 - Desempenho Técnico	26
4. POLÍTICA DE SAÚDE	28
4.1 - Diretrizes e Compromissos de Governo	28
4.2 - Modelo de Atenção à Saúde	28
4.3 - Áreas de Atuação - Ações Prioritárias	30
4.3.1 - Vigilância Epidemiológica	30
4.3.2 - Políticas Específicas	31
4.3.3 - Assistência Farmacêutica	35
4.3.4 - Produção de Imunobiológicos e Desenvolvimento de Biotecnologia	35
4.3.5 - Sangue e Hemoderivados	35
4.3.6 - Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico	36
4.3.7 - Saneamento Comunitário	36
4.3.8 - Meio Ambiente	37
4.3.9 - Vigilância Sanitária	37

4.4 - Projetos	40
5. OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA	41
5.1 - Coordenação do Sistema	41
5.2 - Organização dos Serviços	45
5.3 - Financiamento Setorial	48

6. ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

A crítica situação que atinge o país, e em particular o estado, trouxe repercussão sobre o estado de saúde da população e sobre o perfil epidemiológico dos agravos, refletindo no modelo de atenção à saúde. Há uma desordenação geral, causada em parte pela recessão que já se arrasta por um período de pelo menos 10 anos, e pelo modelo assistencial que tem sido utilizado. Este, vale frisar, caracterizou-se por ser centralizador das decisões, cristalizador das redes não integradas, privatizante e favorecedor da criação e expansão de um complexo médico-industrial, facilitador da deterioração da capacidade instalada do setor público, adiado o acesso, e uma prática gerencial com escasso domínio dos custos operacionais, além da reduzida consciência das necessidades nosológicas da população. Portanto, as dificuldades que o setor hoje enfrenta foram geradas pela situação recessiva e pelo modelo de saúde de aplicado.

A população, por sentir as conseqüências de uma situação sanitária que progressivamente vem se deteriorando nos últimos anos, clama por serviços básicos e por uma participação efetiva nas decisões atinentes ao setor. Isto conduz o governo atual a estimular a gerência das ações de saúde de forma conjunta, ou seja, trabalhadores de saúde e os variados segmentos representativos da sociedade atuando para reduzirem as iniquidades do sistema e a ineficiência dos serviços, buscando uma atenção integral, com ênfase na promoção da saúde.

Este plano de saúde definido para o período 1991/1995, orienta-se no sentido de uma nova reordenação do setor, tendo como princípios a equidade, a democratização e a participação social.

A Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, avalizadora e promotora do processo de municipalização do setor, deseja que os municípios utilizem o presente documento como referência básica para a elaboração dos seus respectivos planos, tendo sempre em conta que a saúde é um direito constitucionalmente assegurado e um requisito indispensável ao desenvolvimento.

A descentralização das ações de saúde é considerada, pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, como prática transformadora, e o Plano Estadual de Saúde almeja ser o agente que ponha em jogo a criatividade, a defesa e o compromisso com a saúde de toda a população do Estado.

2. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO

2.1 - Localização Geográfica e Aspectos Demográficos

O Rio Grande do Sul, localizado no extremo sul do Brasil, faz fronteira com a Argentina e Uruguai, e divisa com Santa Catarina. O Estado é composto por 333 municípios, e mais 91 em vias de emancipação. Abrange uma área de 282.000km² de extensão territorial, com uma população de 9.162.807 habitantes, segundo dados preliminares do censo de 1991, (publicados em Janeiro/92), com uma densidade populacional de 32,49 hab/km².

Entre os censos de 1980 e 1991 o Rio Grande do Sul apresentou uma taxa anual geométrica de crescimento populacional de 1,51%, inferior à média nacional que no mesmo período foi cerca de 1,8% ao ano.

Essa taxa de 1,51%, registrada na década de 80, mostrou-se também inferior à registrada nas outras décadas anteriores (2,57% na década de 50, 2,19% na década de 60 e 1,55% na década de 70) revelando, portanto, uma tendência à desaceleração no crescimento populacional do estado.

Esse crescimento reduzido deveu-se a dois fenômenos paralelos: em primeiro lugar à redução nos índices de natalidade evidenciada pela redução na proporção de menores de 5 anos na população do estado que era de 12,84% em 1970, passando a 11,19% em 1980 e 10,61% em 1991; em segundo lugar ao balanço negativo das migrações que coincide com o esvaziamento populacional das áreas rurais do estado.

Com efeito, entre 1970 e 1980 a população urbana do Rio Grande do Sul aumentou em 47,78% (taxa média anual de crescimento de 3,98%) enquanto a rural reduziu-se em 19,93% (decréscimo anual médio de 2,08%).

Os dados da distribuição urbano/rural do censo de 1991 ainda não são disponíveis, porém a redução observada na população da maioria dos municípios cuja economia está baseada na atividade agrícola, permite deduzir que esse processo de esvaziamento continua.

A migração da população rural não se deu, entretanto, apenas em direção às áreas urbanas do estado.

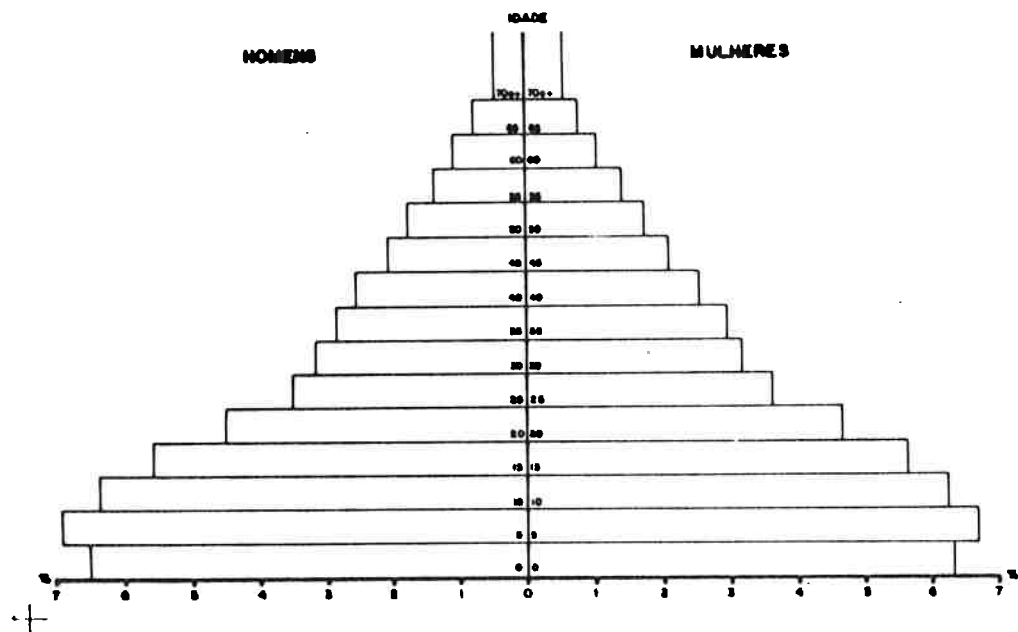
Uma proporção importante desse emigrante dirigiu-se a outros estados da União; numa primeira etapa (desde a década de 60) para as áreas de colonização agrícola de Santa Catarina e Paraná e posteriormente para outros estados como Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Rondônia, como pode ser evidenciado pelo aumen-

to, nesses estados, do número de residentes naturais do Rio Grande do Sul.

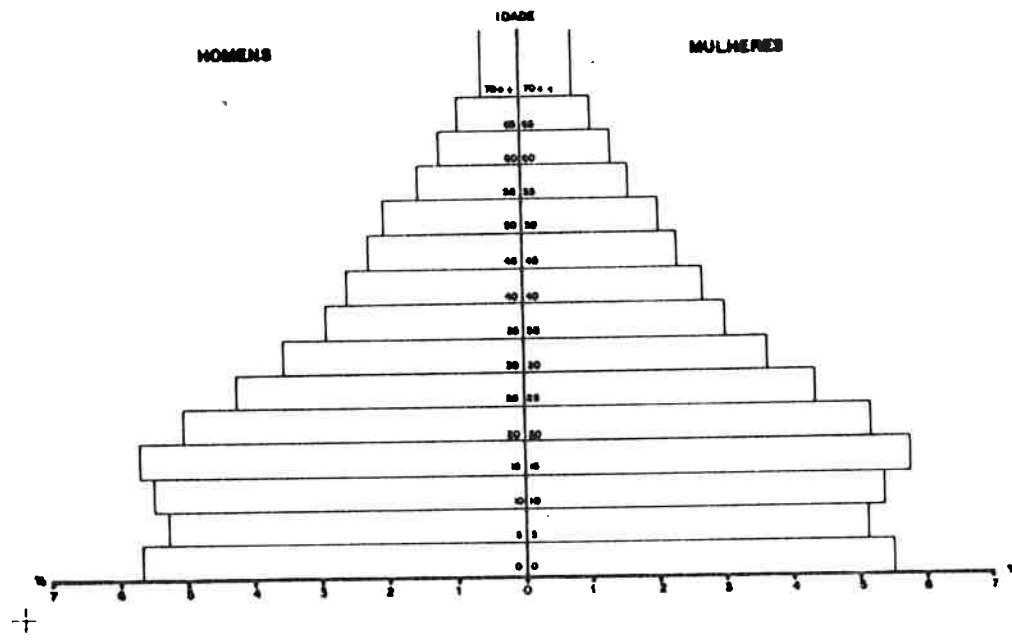
A consequência desse fluxo migratório foi obviamente o aumento acentuado na proporção da população que vive em áreas urbanas no Rio Grande do Sul. Essa proporção que era de 53, 71% em 1970, sobe para 67,55% em 1980, devendo superar, talvez com larga margem, os 70% no censo de 1991.

Por outro lado, a diminuição nos índices de natalidade, aliada ao aumento da expectativa média de vida (cerca de 65,5 anos para o conjunto da população em 1972, passa para cerca de 70,5 anos em 1980) leva a uma alteração na distribuição por grupo etário: a pirâmide populacional estreita-se na base e alarga-se no topo o que significa um "envelhecimento" geral da população , conforme demonstram as pirâmides populacionais de 1970,1980 e 1991.

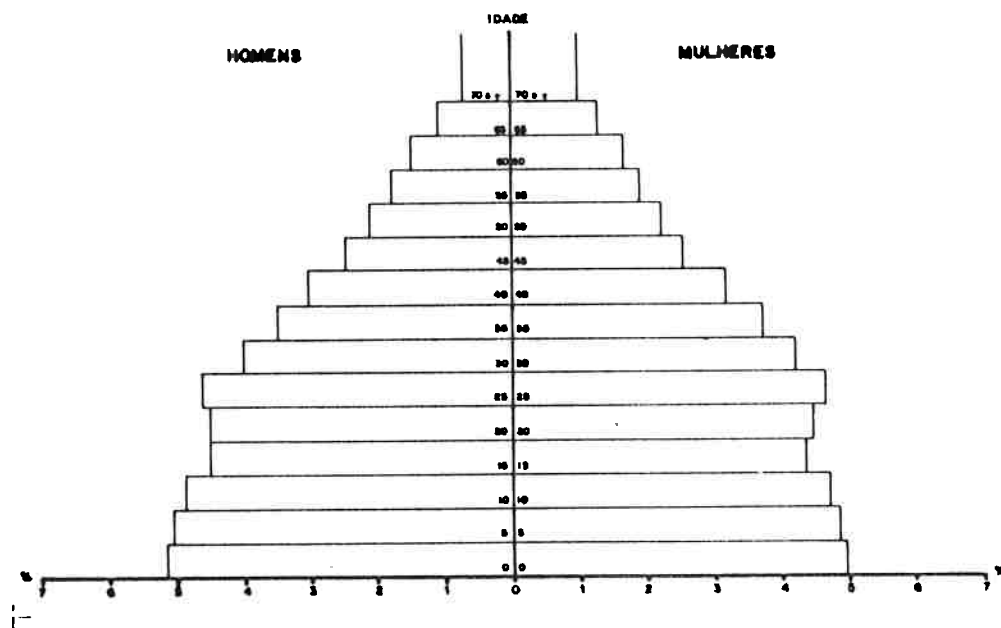
PIRÂMIDE POPULACIONAL DO RIO GRANDE DO SUL - 1970



PIRÂMIDE POPULACIONAL DO RIO GRANDE DO SUL - 1980



PIRÂMIDE POPULACIONAL DO RIO GRANDE DO SUL - 1991 (ESTIMATIVA)



2.2. - Aspectos Sócio-Econômicos

Nos últimos quarenta anos ocorreram mudanças significativas na distribuição espacial da renda interna do Estado. A mais importante foi o crescimento da participação do eixo Porto Alegre - Caxias do Sul com quase 20% sendo que, em 1980, esta região passou a ser responsável aproximadamente pela metade da renda interna do Estado.

As demais áreas tiveram perdas desigualmente distribuídas. A região que mais sofreu foi a da Campanha e a de Pelotas com uma redução de 50% e a menos atingida foi a do Planalto.

Estas diferenças inter-regionais de crescimento econômico foram criadas em sua maior parte por dois fatores principais:

- a) a aceleração do crescimento industrial com duplicação do setor secundário no período;
- b) a expansão de lavouras mecanizadas (trigo, soja e arroz) em áreas antes ocupadas pela pecuária e pela policultura colonial.

Outro fator importante a ser acrescentado a esta análise foi o processo acelerado de urbanização com o surgimento de economias de localização e de urbanização que afetaram o padrão espacial de crescimento.

Dados de 1988 mostram que 48% da população do Estado está desenvolvendo alguma atividade e se considerarmos apenas a faixa etária entre 10 e 70 anos, este percentual se eleva para 60%. Considerando estes dados constata-se que menos da metade da população está trabalhando. Em outras palavras para cada pessoa trabalhando há duas que dependem deste trabalho.

Analisando-se a população ocupada, distribuída por ramos de atividade, o maior percentual está no setor agrícola (27%); mas se considerarmos sob o ângulo rural ou urbano, perto de 70% da população está desempenhando atividades urbanas.

A década de 80 caracterizou-se por uma estagnação da economia, um empobrecimento da população e um agravamento da já existente concentração de renda no Estado, embora a nossa distribuição de renda seja menos ruim que a do país.

Em 1980, 75% da população percebia até 3 pisos salariais correspondendo a apenas cerca de 33% do rendimento total, sendo que em 1988, quase a mesma percentagem da população passou a dividir pouco mais de 25% do rendimento total. Enquanto isto os 5% que em 1981 auferiram 33% do rendimento total passaram a ser 6,43% em 1988, aumentando sua participação para 40%.

O agravamento da questão social se refletiu também no salário médio da população do Estado. Houve uma queda do índice salarial no conjunto das atividades econômicas em torno de 8%. O setor mais atingido foi o da Construção Civil, principalmente nos anos de 1985 a 1986. Esse segmento da economia é extremamente vulnerável sob o ponto de vista sócio-econômico, pois utiliza mão de obra não qualificada e com baixos salários.

Outro indicador importante é o educacional. Na alfabetização segundo o censo de 1980 o Estado tem a maior taxa brasileira (86%), chegando atingir 97% se considerarmos as pessoas alfabetizadas na faixa etária de 15 a 19 anos. A maioria da população (70%), tem curso elementar completo e cerca de 17% o primeiro grau completo, 11% o segundo grau completo e aproximadamente 4% tem curso superior.

2.3 - Aspectos Gerais da Infra-Estrutura

O Rio Grande do Sul antes da colonização, possuía 40% de mata nativa. Eram 11,2 milhões de florestas para uma superfície total do estado de 28.047.600 hectares.

Em 1989, entidades ecológicas fizeram um levantamento, constatando que existe apenas 2,6% de cobertura vegetal nativa, correspondendo a 729.237 hectares. São conhecidos nove espécies de vegetais com risco de extinção do RS, entre elas a erva-mate e o pinheiro brasileiro. Em decorrência do desmatamento, extinguíram-se inúmeros habitats de animais nativos.

O Estado divide-se em três grandes bacias hidrográficas, a do Rio Uruguai, a do Guaíba e a da Planície Costeira. A Bacia do Rio Uruguai é afetada, em termos de qualidade da água, principalmente pela erosão e sedimentação do solo agrícola e o excessivo uso de agrotóxicos, o que compromete sua qualidade sob ponto de vista físico-químico.

A Bacia Hidrográfica do Guaíba, com cerca de 85.750km², representando 30% da área geográfica do RS, contempla os maiores centros urbanos e concentra cerca de 70% da população do estado, bem como, a maior quantidade de indústrias.

A qualidade das águas do Guaíba é decorrente do aporte de poluição hídrica industrial causada por indústrias localizadas às margens dos rios Jacuí, Cai, Sinos e Gravataí e por dejetos orgânicos de origem urbana lançados "in natura" nos cursos d'água.

A Bacia Hidrográfica da Planície Costeira apresenta uma sequência de lagos paralelos à costa oceânica. Os usos dominantes da água são para criação, abastecimento público, irrigação e pesca. Sob o ponto de vista da qualidade da água, é possível dizer que, a maioria das lagoas e lagoas apresentam água de boa qualidade. Há lançamentos "in natura" de dejetos urbanos e de agrotóxicos, especialmente herbicidas.

Os processos industriais, os veículos automotores e a termoelectricidade, constituem as causas principais da degradação da qualidade do ar. A Região Metropolitana de Porto Alegre constitui o reduto de maior geração de poluentes atmosféricos, sendo responsável pela emissão de 36% do monóxido de carbono, 43% dos hidrocarbonetos, 30% dos óxidos de nitrogênio, 35% do dióxido de enxofre e 26% do material particulado.

O estado possui cerca de 1720MW de potência energética instalada, dos quais 1075MW são de hidrelétricas e 645MW termelétricas. As maiores hidrelétricas estão localizadas na bacia do Rio Jacuí e a termoelectricidade se concentra em Candiota, no município de Bagé.

O principal impacto ambiental decorrente das hidrelétricas, diz respeito as consequências de inundação de extensas áreas agrícolas, em função do barramento dos cursos d'água. Além do impacto sócio-econômico, geralmente ligado à perda de terras agricultáveis e conseqüente migração de centenas de famílias de agricultores, ocorre a modificação drástica de inúmeros ecossistemas, irreversivelmente.

As usinas de geração termelétrica estão distribuídas em 4 (quatro) unidades a carvão mineral e 3 (três) unidades a óleo. O funcionamento destas usinas gera impactos importantes sobre a qualidade do ar e do solo, respectivamente, pelas emissões atmosféricas decorrentes da combustão e pela disposição das cinzas.

Em relação à agricultura a mesma ocupa posição relevante na economia riograndense. O nível precário de conhecimento técnico do agricultor, em relação aos recursos sofisticados de tecnologia de utilização de agrotóxicos, reveste-se de especial gravidade, pois a periculosidade intrínseca dessas substâncias químicas para o homem, animais e a natureza, é cada vez mais objeto de preocupação e motivo de intensa polêmica.

O Rio Grande do Sul é o terceiro estado brasileiro consumidor de agrotóxicos, incorporando aos solos, à biota e aos recursos hídricos, produtos químicos de elevada toxicidade, quando não persistentes e cumulativos nos componentes ambientais. Muitos deles são cancerígenos, teratogênicos e mutagênicos para o homem e demais componentes biológicos e ecossistemas.

Na área de saneamento básico, a população servida por água confiável e contínua é de 87%. A homogeneização do serviço é realizada em mais de 80% das localidades do Estado.

A Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, desenvolve ações através do Programa de Saneamento Comunitário - PROSAN em locais onde a Companhia Riograndense de Saneamento não atua. O PROSAN atinge pequenas comunidades rurais e conglomerados urbanos de baixa renda.

Segundo o PNAD/1988 a situação dos domicílios existentes no Rio Grande do Sul deixava a desejar. O déficit habitacional, segundo dados da COHAB-Companhia de Habitação do Rio Grande do Sul, está entre 500 e 600 mil unidades habitacionais. Em termos percentuais constata-se que no mínimo 20% dos riograndenses carecem de moradia adequada. É na habitação urbana onde se encontra 70% da

carência habitacional. Exemplificando, 67% do contingente demográfico do Rio Grande do Sul (Censo 1980) estava vivendo em núcleos urbanos, proporção essa que, persistindo o incremento atual, poderá atingir 96% no ano 2.000.

3. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

3.1 - Situação Epidemiológica

Nos últimos anos a Vigilância Epidemiológica foi paulatinamente sendo desativada em algumas áreas, produzindo uma in disponibilidade de dados adequados em qualidade e cobertura, dificultando hoje, uma análise global das condições de saúde da população como detalharemos a seguir.

As doenças transmissíveis: Pólio, Tétano, Difteria e Raiva encontram-se sob controle, no estado, tanto pela cobertura vacinal alcançada como pela vigilância epidemiológica da doença. No que se refere às doenças redutíveis por agentes imunizantes, as quais atualmente possuem cobertura vacinal em torno de 80% da população-alvo, é necessário implementar as ações de vacinação para que se obtenha o controle ou a erradicação das referidas doenças.

COBERTURA VACINAL DE CRIANÇAS COM MENOS DE UM ANO DE IDADE, VACINADAS COM TRÊS DOSES DE VACINA ANTIPÓLIO, TRÊS DOSES DE VACINA TRÍPLICE (DPT), UM DOSE DE VACINA ANTI-SARAMPO E UMA DOSE DA VACINA BCG POR ANO - RS - 1982 A 1991

ANO	POPULAÇÃO-ALVO MENORES DE 1 ANO	3ª DOSE ANTIPÓLIO		3ª DOSE DPT		DOSE ÚNICA ANTI-SARAMPO		DOSE ÚNICA BCG	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1982	190.225	168.616	88,6	171.639	90,2	186.108	97,8	91.367	47,6
1983	192.283	170.217	88,5	170.456	88,6	136.283	70,9	143.429	74,6
1984	194.345	160.292	82,5	161.609	83,2	166.291	85,6	179.603	92,4
1985	196.407	161.814	82,4	162.162	82,6	160.843	81,9		
1986	198.465	169.860	85,6	169.938	85,6	169.776	85,5		
1987	200.519	159.098	79,3	159.091	79,3	155.395	77,5		
1988	202.583	165.306	81,6	163.863	80,9	160.636	79,3		
1989	219.742	144.147	65,6	143.996	65,5	144.120	65,6		
1990	224.023	153.515	68,5	152.472	68,1	161.612	72,1		
1991*	220.959	178.379	80,7	178.186	80,6	178.965	81,0		

Fonte: Divisão de Controle Epidemiológico / SSMA / RS.

* Dados Provisórios
 ** A vacina BCG começou a fazer parte do esquema básico do 1º ano de vida, a partir de Julho de 1989 no RS. Anteriormente era aplicada aos 7 anos de idade.

A situação de saúde da criança e do adolescente no RS vem melhorando progressivamente, caracterizando-se este processo por uma queda marcante na mortalidade infantil, que era de 48,41/1000 em 1970, para 17,00/1000 em 1990. Esta diminuição deve-se em parte à redução dos óbitos por causas infecciosas como a doença diarreica, as doenças respiratórias agudas e aquelas preveníveis por imunizações.

Coefficiente de Mortalidade Infantil, Segundo Componentes e Coeficientes de Mortalidade Geral, Rio Grande do Sul, 1970 - 1990.

ANO	NEONATAL PRECOCE (0-6 DIAS)	NEONATAL TARDIA (7-27 DIAS)	PÓS-NEONATAL (28 DIAS - 1 ANO)	INFANTIL	GERAL
70	13.04	6.40	28.69	48.41	6.14
71	13.56	8.12	30.77	52.64	6.55
72	13.57	7.87	28.29	50.23	6.64
73	14.88	6.83	28.58	51.37	7.04
74	14.94	5.27	26.07	46.71	6.82
75	15.47	5.62	22.73	44.03	6.62
76	15.19	5.94	25.51	47.03	7.04
77	14.98	5.55	23.52	44.38	6.58
78	14.81	5.28	23.20	43.47	6.58
79	14.32	5.53	20.51	40.99	6.49
80	13.96	4.95	19.32	38.96	6.74
81	14.29	4.13	16.05	34.8	6.37
82	13.85	3.75	15.28	33.17	6.29
83	12.14	3.45	13.26	29.13	6.47
84	11.36	3.67	16.05	31.23	6.67
85	10.71	2.94	12.56	26.81	6.40
86	9.99	2.66	10.81	24.30	6.45
87	10.02	2.61	9.85	22.72	6.53
88	9.25	2.94	9.58	21.96	6.76
89	7.85	2.28	8.04	18.49	6.18
90	7.02	2.36	7.42	17.00	6.18

Fonte: Divisão de Estatística, SSMA, RS.
Data : 21 / 10 / 1991.

A série histórica evidencia a resistência dos coeficientes de mortalidade neonatal, que sofrem uma redução menos acentuada do que a mortalidade infantil como um todo, merecendo uma atenção especial na delimitação de programas de prevenção.

Na área de saúde bucal, as doenças mais comuns são a cárie e a doença periodontal. Aos 12 anos, em média, 7 dentes permanentes já estão atacados pela cárie, sendo que aos 18 anos apenas 32% dos jovens apresentam todos os dentes presentes na boca. Além disso, a prática odontológica executada tem sido do tipo curativa e mutilatória, voltada exclusivamente para o tratamento das doenças.

Em relação à Doença Tuberculose, existe a tendência de queda da incidência da infecção, bem como, da morbidade e da mortalidade, associadas às altas taxas de cura por volta de 80%.

As dermatoses apresentam uma alta demanda ambulatorial, estando entre as três primeiras causas de procura dos serviços básicos de saúde, destacando-se entre as endêmicas, a Hanseníase, sendo de alta prevalência em alguns municípios como Ijuí (1,8 casos/1000 hab.), Cerro Largo (1,5/1000 hab.), Lagoa Vermelha (1,3/1000 hab.) Uruguaiana (1,0/1000 hab.) entre outros.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis tem destaque, não apenas por sua alta incidência, mas também por acometerem uma faixa jovem e economicamente ativa da população e terem como consequência, frequentes complicações graves como: Doença Inflamatória Pélvica, infertilidade e esterilidade (consequentes à Gonorréia e outras infecções do trato genital), lesões neurológicas e cardiovasculares em adultos, perdas fetais, lesões congênitas graves em recém-nascidos (consequentes à Sífilis em suas diferentes formas de manifestação). Além disso estão associadas a ocorrência de neoplasias malignas como o câncer de colo e vulva. As lesões por elas provocadas facilitam em muito a transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a disseminação da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

A infecção pelo HIV, que pode preceder o surgimento da AIDS em vários anos é extremamente prevalente no estado, atingindo até 30% em determinados extratos da população, que apresentam comportamento de alto risco. A AIDS, doença estigmatizante e de alta letalidade, é a manifestação mais grave da infecção pelo HIV. Tem mantido incidência crescente atingindo no Estado como um todo, coeficiente anual de cerca de 5 casos novos por 100.000 habitantes e, na capital, coeficiente anual próximo de 20 casos por 100.000 habitantes, colocando-se já como uma das principais causas de morte entre adultos jovens.

Em relação às zoonoses, as que apresentam alta prevalência e/ou incidência são a Tungíase, Doença de Chagas, Hidatidose e Toxoplasmose.

A Tungíase apresenta como zonas de maior prevalência a Região do Litoral, a margem continental da Lagoa dos Patos, a Região Metropolitana e pontos isolados em regiões localizadas a margem esquerda do Rio Jacuí e no Planalto Médio.

Os estudos sobre a prevalência da Doença de Chagas no estado, demonstraram até aqui sempre percentuais altos indicando que pelo menos até um passado recente a transmissão ocorreu em níveis muito elevados.

Em doadores de sangue, por exemplo, um levantamento de 1977 em Pelotas, indicou 3,91% de infectados, rejeitados para a doação. A nível de população em geral, houve um levantamento entre 1975 e 1980 realizado pelo Ministério da Saúde, que indicou um índice global de 8,8% de infectados, no estado. Um grande número de municípios apresentou índices superiores a 30%, como Pinheiro Machado, registrando 54,9%. De modo geral estes municípios situam-se nas regiões da Serra do Sudeste, Campanha, parte das Missões e pontos do Planalto Médio.

A Hidatidose, ao que tudo indica, é ainda endêmica, no estado, ocorrendo principalmente na parte sul das regiões do litoral (Santa Vitória do Palmar), Serra do Sudeste e Campanha.

A Toxoplasmose apresentou prevalências da infecção extremamente elevadas em vários municípios: 61% em Porto Alegre, 82% em Encantado, 67% em Guaporé e 98% em Erexim (quase a totalidade da população) nos anos de 1979, 1981, 1984 e 1988, respectivamente.

Na área da saúde da mulher, verifica-se que a taxa de natalidade vem diminuindo, conforme demonstra o quadro a seguir.

TAXA DE NATALIDADE NO RGS, 1980 - 1990.

ANO	TAXA DE NATALIDADE
1980	26,36
1981	27,86
1982	27,97
1983	26,58
1984	24,62
1985	24,62
1986	23,66
1987	23,08
1988	23,67
1989	20,44
1990	19,01

FONTE: Divisão de Estatística/SSMA

Embora constatada esta queda na taxa, em contrapartida tem-se evidenciado um maior número de gestações indesejadas, contribuindo com maior número de gestações de alto risco.

Com referência ao câncer feminino, a primeira causa de mortalidade em mulheres, por câncer, é o de mama e, como segundo causa, o cérvico-uterino e outras localizações no útero e órgãos genitais.

A osteoporose representa nos dias de hoje um dos maiores problemas em Saúde Pública, motivado pelo aumento da expectativa de vida e do sedentarismo.

A Doença Cardiovascular também determina uma morbidade muito significativa, sendo responsável por um número muito grande de hospitalizações e afastamento de pessoas em idade produtiva do trabalho, sendo a maior causa de mortalidade, no Rio Grande do Sul.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a Doença Cardiovascular mais prevalente. Estima-se que aproximadamente 20% da população adulta seja hipertensa. É o principal fator de risco de doença coronariana e cerebrovascular.

No Rio Grande do Sul, existem atualmente 2,2 milhões de tabagistas, com uma participação de 25% na mortalidade do estado pelas doenças tabaco-associadas (cardiovasculares, câncer, etc.).

No que diz respeito à morbidade por neoplasias, o câncer de mama e o cérvico-uterino predominam no sexo feminino, enquanto que o câncer de pulmão, de incidência relativamente baixa entre as mulheres é o mais frequente entre os homens. O câncer de pele é de alta incidência em ambos os sexos e por ser de fácil cura, em muitos casos, frequentemente, não é notificado, presumindo-se que sua magnitude seja bem maior do que a registrada.

Os cânceres de cólon e reto e os do sistema linfô-hematopoiético, colocados a seguir em ordem de frequência, são, entretanto, de mais difícil cura, tendo uma vulnerabilidade mais baixa e um custo per capita mais alto que os outros de menor incidência como, por exemplo, o câncer bucal.

Do ponto de vista da existência de agravos que comprometem o processo de envelhecimento normal do indivíduo, devem ser destacados os seguintes:

- comprometimentos cardiovasculares com destaque para a Hipertensão e suas complicações (hemiplegias e outras);
- comprometimentos metabólicos com destaque para diabetes e suas complicações vasculares (amputações, úlcera de membros inferiores, claudicação e outras);

- comprometimentos oculares com destaque para catarata, glaucoma, mácula senil com suas complicações (redução da acuidade visual e cegueira);

- comprometimentos ósteo-musculares e articulares funcionais com destaque para afecções reumáticas e suas complicações (redução da mobilidade e da capacidade funcional);

- comprometimentos nutricionais com destaque para desnutrição e obesidade;

- comprometimentos mentais com destaque para demência, depressão e suas complicações (redução da capacidade cognitiva e alterações de personalidade).

Há uma tendência de aumento da prevalência dos transtornos mentais, neurológicos e psicossociais que atingem os adultos e, em especial o grupo de idosos.

O número de óbitos, por causas com componentes psicossociais e psicopatológicos importantes, vem aumentando consideravelmente, assim como o número de pessoas afetadas por transtornos psiquiátricos graves.

A estimativa de prevalência dos transtornos de saúde mental para a população com 15 anos ou mais de idade é a seguinte:

Doença	População atingida
Transtornos do uso de substâncias psico-ativas:	
Dependência do tabaco (20,1%)	1.227.816
Transtornos do uso do álcool (8,8%)	537.551
Transtornos do uso de outras drogas (2,5%)	152.713
Transtornos de ansiedade (23%)	1.404.964
Transtornos afetivos (10,7%)	653.613
Deficiência mental (4,6%)	280.993
Síndromes cerebrais orgânicas (1,2%)	73.302
Epilepsia (2%)	122.171
Esquizofrenia (0,9%)	54.977

Quanto à população com menos de 15 anos, cerca de 23% (702.482) apresenta algum transtorno de saúde mental.

Com referência aos padrões de mortalidade no Estado, a mortalidade geral no período manteve-se estável, oscilando entre os valores de 6,28/1000 (1982) e 6,69/1000 (1988), o que significa que o crescimento no número de óbitos acompanha aproximadamente o crescimento da população.

Apesar da crise econômica da década o padrão de mortalidade tendeu a se aproximar gradativamente ao padrão observado nos países desenvolvidos, conforme tabela a seguir.

DEZ (10) PRINCIPAIS CAUSAS (GRUPOS) DE MORTALIDADE GERAL, NO RIO GRANDE DO SUL, 1981 - 1990

CAUSAS	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
- DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO	17201	17497	18735	19434	18908	19054	19900	21500	19872	20434
- NEPLASMAS	7458	7766	7834	7917	8398	8973	8987	9457	9535	9507
- DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO	4478	4543	5272	5827	5366	5610	5885	6568	6003	7090
- CAUSAS EXTERNAS	5001	5161	5362	5372	5372	5882	5834	5803	6473	6332
- SINTOMAS, SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS	4808	4706	4988	5286	4787	4717	4483	4747	5272	4659
- DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	1852	1926	1955	2076	2063	2227	2466	2343	2419	2525
- DOENÇAS DAS GLÂNDULAS ENDOCRINAS, DA NUTRIÇÃO E DO METABOLISMO E TRANS. IONITÁRIOS	1197	1219	1309	1737	1571	1631	1859	1645	1500	1824
- ALGUMAS AFEC. ORIG. NO PERÍODO PERINATAL	2792	2715	2558	2256	2270	2136	2084	2156	1940	1746
- DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	2044	1789	1639	1184	1867	1656	1628	1684	1749	1649
- DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO	802	767	808	816	767	809	855	1014	949	952
- DEMAIS CAUSAS	2015	2056	1846	2819	1830	1679	1527	1533	1536	1638
TOTAL	50148	50145	52326	54726	53199	54374	55708	58451	57248	58360

Fonte: Divisão de Estatística / SSMA / RS.

As doenças infecciosas e parasitárias que, em 1981, ocupavam o 7º lugar entre os grupos de grandes causas de mortalidade, com um coeficiente de 0,26 óbitos por mil habitantes, correspondendo a 4,1% dos óbitos totais, caíram para o 9º lugar em 1990, com um coeficiente de 0,18/1000, passando a corresponder a apenas 2,8% dos óbitos totais.

As afecções mal definidas caíram do 4º lugar, em 1981, (coeficiente de 0,61/1000 habitantes, correspondente a 9,6% dos óbitos totais) para o 5º lugar, em 1990 (coeficiente de 0,51/1000 habitantes, correspondendo a 8,0% dos óbitos totais).

Observou-se ainda uma nítida redução na mortalidade de por afecções originadas no período perinatal, conforme quadro a seguir, que caíram de 6º para o 8º lugar entre 1981 e 1990, reduzindo o seu coeficiente de 0,35/1000 para 0,19/1000, e tendo uma participação proporcional nos óbitos totais reduzidos de 5,6% para apenas 3,0%. Apesar dessa redução, as doenças correspondentes desse grupo mantiveram-se ao longo do período, como a principal causa de mortalidade entre menores de 1 ano, tendo inclusive aumentado na participação proporcional dos óbitos infantis de 42,6%, em 1981, para 45,9%, em 1990. Isto deveu-se ao fato de que as demais causas, a maioria delas ligadas à mortalidade infantil tardia, experimentaram uma redução ainda mais acentuada no mesmo período. Todas essas reduções refletiram-se numa acentuada diminuição tanto na mortalidade

dade infantil de 34,8/1000, em 1981, para 17,0/1000, em 1990, como na mortalidade proporcional de menores de 1 ano (de 13,1% para 6,5%, em 1990).

**DEZ (10) PRINCIPAIS CAUSAS (GRUPOS) DE MORTALIDADE INFANTIL
(MENOR DE 1 ANO), NO RIO GRANDE DO SUL, 1981 - 1990**

CAUSAS	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
- AFECÇÕES PERINATAIS (ASFIXIA)	2792	2792	2538	2256	2270	2136	2083	2156	1939	1748
- DOENÇAS RESPIRATÓRIAS (PNEUMONIA)	944	930	897	1037	802	783	706	707	621	637
- ANOMALIAS CONGENITAS (CARDIOPATIAS)	673	728	614	557	571	486	556	424	451	463
- DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS (DIARREIA)	884	792	632	927	672	563	438	516	480	415
- MAL DEFINIDAS	477	449	381	427	330	341	299	243	245	196
- DOENÇAS NUTRICIONAIS (DESNUTRIÇÃO)	443	351	209	495	317	234	212	150	104	116
- DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO (MENINGITES)	144	139	99	131	117	77	97	104	82	85
- CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES)	50	78	58	73	50	70	76	58	65	76
- DOENÇAS CIRCULATORIAS (NEOPLASIAS)	50	45	57	60	43	51	23	43	44	28
- NEOPLASIAS	14	17	13	08	17	14	14	09	06	16
- DEMAIS CAUSAS	78	65	83	98	77	68	51	39	26	29
TOTAL	6549	6309	5609	6069	5266	4823	4555	4449	4063	3809

Fonte: Divisão de Estatística / SSMA / RS

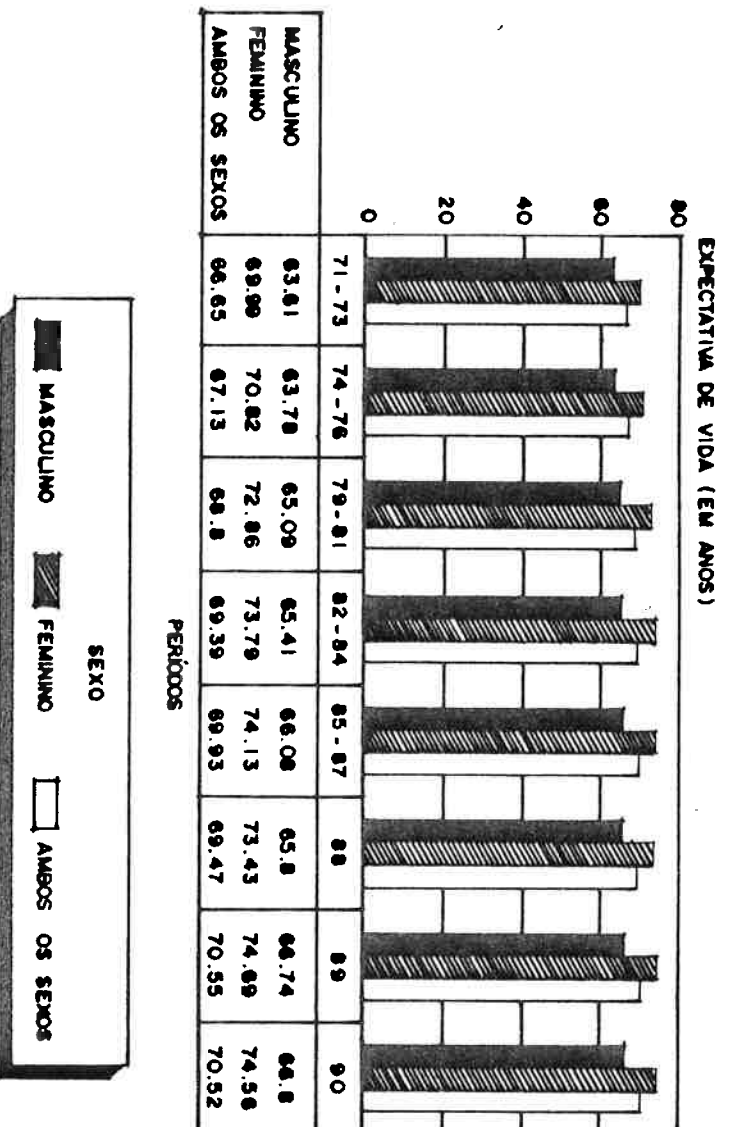
Entre as causas de mortalidade mais importantes em todos os grupos etários as doenças do aparelho circulatório man- tiveram-se em primeiro lugar, embora com variações importantes tan- to em termos de coeficiente (que se manteve ao redor de 2,25/1000), como em termos de mortalidade proporcional (que se manteve em tor- no de 35%, ao longo do período 1981/90). Entre as causas cardiovas- culares a morte ocorre na maioria das vezes por cardiopatia isquê- mica.

As neoplasias, 2ª causa em ordem de frequência, ti- veram um ligeiro aumento em termos de coeficiente, saltando de 9,47/ 1000, em 81, para 10,53/1000, em 90, e também em termos proporcionais, saltando de 14,8% para 16,3% no mesmo período.

Aumento bem maior observou-se entre as doenças do aparelho respiratório que passaram de 0,57 óbitos/1000 habitantes, em 81, para 0,79/1000, em 1990, e em termos proporcionais de 8,9% dos óbitos totais, em 1991, para 12,1%, em 1990. Com esse aumento tal grupo de doenças saltou do 5º para o 3º lugar, entre as causas de ó- bitos mais frequentes, ultrapassando as causas externas, que vem a- presentando pequeno aumento no período, caíndo de 3º para o 4º lu- gar e as já mencionadas causas mal definidas que desceram do 4º pa- ra o 5º lugar, entre as causas mais frequentes.

Em relação aos óbitos por causas externas, vale ressaltar o aumento crescente de homicídios e acidentes de trânsito com ocorrência fatal, com o agravante de concentrar-se nos grupos de jovens e adultos jovens.

EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER, POR SEXO, ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 1970 - 90.



PONTE, DIVISÃO DE ESTATÍSTICA, SEAMA, RS
DATA : 16/10/91.

DESENHO : DIVISÃO DE PROJETOS ESPECIAIS

Finalmente, quanto à expectativa de vida ao nascer, observa-se, no quadro acima, que esta vem aumentando gradativamente nas últimas décadas. A expectativa média, para ambos os sexos, que era de 66,6 anos no início da década de 70 aumentou para 68,6 anos em 1980 e para 70,5 anos em 1990. Há uma acentuada diferença entre os dois sexos: a expectativa média das mulheres em 1990 era de 74,6 anos contra 66,8 entre os homens. A tábua de vida do estado mostra que os coeficientes de mortalidade são menores para o sexo feminino em todo os grupos etários.

3.2. - Infra-Estrutura de Serviços

A rede assistencial do Sistema Único de Saúde é composta por serviços públicos federal, estadual, municipal e pelos serviços contratados/conveniados da rede privada, que atuam complementarmente.

3.2.1 - Rede Ambulatorial

A rede de atendimento ambulatorial no estado possui 10.074 unidades assistenciais distribuídas pelos diversos prestadores conforme, quadro abaixo.

Distribuição de unidades assistenciais segundo prestador,
RS, junho/92.

PRESTADOR	UNIDADES	%
ÓRGÃO FEDERAL	19	0,17
ÓRGÃO ESTADUAL	895	8,88
ÓRGÃO MUNICIPAL	1.074	10,66
ENTIDADE FILANTRÓPICA	182	1,80
UNIVERSITÁRIO	37	0,36
SERVIÇO CONTRATADO	7.563	75,14
SINDICATO/ENTIDADE DE CLASSE	294	2,91
EMPRESA CONVENIENTE	03	0,02
SEM ESPECIFICAÇÃO DE PRESTADOR	07	0,06
TOTAL	10.074	100,00

FONTE: Sistema de Informações Ambulatoriais/SIA-SUS
Estatística Cadastral

A rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde tem uma capacidade de oferta de 27.380.412 consultas/ano para uma população de 9.162.807 habitantes, o que representa uma média de 3 consultas/habitante/ano.

Em relação à oferta de consultas ambulatoriais por prestador, temos o seguinte quadro:

PRESTADOR	Nº DE CONSULTAS/ANO	%
Rede Pública	13.363.152	49
Serviços Contratados	14.017.260	51
TOTAL	27.380.412	100

FONTES: SIA/SUS/RS

3.2.2 - Rede Hospitalar

A rede hospitalar do estado é constituída por 418 hospitais, assim distribuídos:

HOSPITAIS	QUANTIDADE	%
PÚBLICOS - municipais	13	3,2
- estaduais	07	1,6
- federais	17	4,0
SUB-TOTAL	37	8,8
PRIVADOS	381	91,2
TOTAL	418	100,00

FONTES: Coordenadoria de Cooperação Técnica e Controle/
INAMPS/RS

Em relação ao Sistema Único de Saúde, a situação da assistência hospitalar no Estado é a seguinte:

Distribuição do número de Hospitais, Leitos, Capacidade de Internação, AIHS, Convênios, RS/1991.

ESPECIFICAÇÃO	Nº DE HOSPITAIS	Nº DE LETOS	CAPACIDADE DE INTERNAÇÃO	AIHS AUTORIZADAS
CONVENIADOS	386	24.007	1.121.628	934.836
NÃO CONVENIADOS	32	12.402	579.432	-
TOTAL	418	36.409	1.701.060	934.836

FONTE: Casarin, Arlindo - Estudo sobre a Distribuição de AIHS-SUS/RS - 1991

Do total de hospitais existentes no Estado, 92,3% mantem convênio com o Sistema Único de Saúde, enquanto 7,7% não tem qualquer tipo de vínculo com o sistema.

A despeito da capacidade instalada da rede pública possibilitar 1.121.628 internações/ano, são distribuídas apenas 934.836 AIHS/ano para o estado. A diferença, portanto, é de 186.792, ou seja, com o atual número de leitos conveniados poderiam ser efetivadas mais 186.792 internações/ano. Com a implantação do Sistema Único de Saúde, impõe-se a introdução de novos parâmetros, mais compatíveis com a diretriz da universalização da assistência e, também, mais coerentes com a realidade sócio-econômica e sanitária do Estado.

3.2.3 - Rede laboratorial e hemoterápica

A rede laboratorial do Sistema Único de Saúde, no estado, é composta basicamente por serviços privados contratados, que respondem por cerca de 90% da demanda . Os 10% restantes são atendidos pela rede pública que realiza exames laboratoriais básicos, exames relacionados a programas específicos como Tuberculose , AIDS e Cólera e outros procedimentos de apoio às ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

A rede pública estadual de laboratórios está assim distribuída:

LABORATÓRIO	QUANTIDADE	%
Central	01	1,3
Regional	14	18,7
Local	60	80,0
TOTAL	75	100,0

Em relação à rede de sangue e hemoderivados, o Estado dispõe de 01 Hemocentro, localizado na capital e desenvolve a proposta de descentralização, através da implantação de hemocentros e núcleos hemoterápicos regionais, objetivando atingir o percentual de 100% de controle da qualidade do sangue.

3.2.4 - Área de Saneamento Básico

O estado dispõe de 38 oficinas de saneamento, assim distribuídas:

OFICINA	QUANTIDADE	%
Central	01	2,6
Regional	14	36,9
Municipal	23	60,5
TOTAL	38	100,0

neamento são:

As atividades desenvolvidas pelo Programa de Sa-

- confecção e implantação de módulos sanitários domiciliares;
- implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água;
- implantação de melhorias sanitárias domiciliares;
- implantação de extensão de rede de água, esgoto, destinação de dejetos e de lixo;
- educação sanitária.

3.2.5 - Recursos Humanos

Distribuição de recursos humanos, segundo origem e localização, fevereiro de 1992.

ORIGEM	LOCALIZAÇÃO			TOTAL
	CENTRAL	REGIONAL	LOCAL	
ESTADO	846	746	6.569	8.163
INAMPS	276	-	4.063	4.339
TOTAL	1.124	746	10.632	12.502

FONTE: Divisão de Pessoal da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente - FEV/92

Os recursos humanos pertencentes ao Quadro de Pessoal da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente totalizam 8.163 servidores, sendo 80,5% lotados no nível local, 9,1% no regional e 10,4% no nível central. O Quadro de Pessoal do INAMPS cedido à Secretaria Estadual totaliza 4.339 servidores, onde 93,6% localizados na rede de unidades assistenciais e o restante, 6,4% trabalham no nível central da Secretaria Estadual.

3.3 - Desempenho Técnico

O setor saúde é portador de uma dívida sanitária que se expressa através de um grande número de necessidades insatisfeitas principalmente nos grupos de alto risco, devido as repostas insuficientes dadas pelas instituições diante dos problemas de saúde e de uma indiscutível falta de eficiência nos serviços de saúde.

Atualmente o acesso aos serviços de saúde é muito difícil para a maioria da população, principalmente no interior do estado, situação esta agravada pela baixa resolutividade do setor, fazendo com que as pessoas tenham que percorrer vários serviços para receber atendimento.

Esta baixa capacidade resolutiva tem ocasionado o fenômeno chamado "ambulanciaterapia", onde o investimento na compra de ambulâncias para o transporte de pacientes para os grandes centros tem sido prioridade em várias administrações municipais.

A baixa resolutividade também ocorre por carência de recursos humanos e materiais, apesar da existência de estrutura de serviços.

Por outro lado, verifica-se no setor público uma grande ociosidade nos serviços, o que não obrigatoriamente está relacionado com a falta de infra-estrutura.

A falta de uma Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o setor (salários, condições de trabalho, reciclagem e capacitação) contribuem para o agravamento da situação.

Como decorrência de todas as situações apontadas, verifica-se uma grande demanda aos serviços de urgência dos hospitais, formando um círculo vicioso, onde a baixa resolutividade dos serviços existentes ao nível de atendimento básico pressionam a demanda para os níveis mais complexos, superlotando os serviços de urgência dos grandes hospitais, com isso elevando os custos, ao mesmo tempo em que os serviços apresentam qualidade insatisfatória.

O desempenho do setor também fica prejudicado pela política de financiamento vigente, que penaliza ainda mais o setor público.

Os recursos alocados nos orçamentos da União e do Estado tem se mostrado insuficientes ao financiamento do custeio das ações de saúde e dos investimentos no setor.

A nível de município é que se verifica um começo de reversão dessa situação, pois alguns dirigentes municipais tem se conscientizado da necessidade urgente de investir no setor saúde para que existam serviços resolutivos, contribuindo para fixação da população no seu município.

4. POLÍTICA DE SAÚDE

4.1 - Diretrizes e Compromissos de Governo

O atual governo, no período compreendido entre 1991/1995, tem como compromisso a viabilização das diretrizes políticas estabelecidas pelas Constituições Federal e Estadual e regulamentadas pela Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90.

Os princípios que norteiam a realização das ações de saúde são os seguintes:

- I - acesso universal e igualitário aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - assistência integral em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - descentralização político-administrativa, com direção única, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços;
- IV - participação da comunidade na gestão dos serviços, através dos Conselhos de Saúde;
- V - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- VIII - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, do Estado e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- IX - resolutividade dos serviços em todos os níveis de assistência;
- X - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de ações.

4.2 - Modelo de Atenção à Saúde

O Modelo de Atenção à Saúde que se almeja no atual governo, é aquele que preconiza um planejamento ascendente, participativo e descentralizado. Isto pressupõe atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando em destaque as necessidades dinâmicas da população e tendo como parâmetro que a saúde se cria e se vive no marco da vida cotidiana: nos centros de ensino, de trabalho e de lazer.

A saúde direito do cidadão e dever do Estado, como parte do social, é resultado e condicionante de seu meio histórico, social, cultural, técnico e político. Isto supõe que as articulações no setor, para serem eficazes, necessitam ser articuladas com outros sistemas.

O Modelo de Atenção à Saúde (MAS) proposto para o período 1991/1995 considera os seguintes aspectos:

- concepção do indivíduo não apenas como uma pessoa sadia ou enferma, mas como um ente social que deve ser atendido em sua integralidade e com direito a interferir no sistema de saúde através de colegiados, constituídos por representantes de instituições públicas e sociedade cívil organizada;

- realização de ações tanto no sentido de manter a saúde como de recuperá-la, atendendo concomitantemente aos aspectos pessoais (atenção individualizada), familiares e comunitários;

- controle e promoção de um ambiente saudável;

- deslocamento do eixo de determinação predominantemente biológico para o sócio-biológico, de modo que a população participe nessa integração transdisciplinar;

- integração das ações de saúde para melhorar a qualidade, eficiência e eficácia, bem como, os conhecimentos que apoiavam estas ações;

- existência de serviços de complexidade crescente organizados de forma regionalizada e hierarquizada, para a solução dos problemas de saúde da população;

- visão global que associe a saúde, o bem-estar e o desenvolvimento, de tal modo que favoreça a criação de espaços locais onde a população se transforme na referência e principal ator da promoção da saúde;

- coordenação dos recursos de saúde de qualquer origem com vistas a otimizar o uso de todos os recursos setoriais, em resposta as necessidades de saúde detectadas, tanto na atenção às pessoas como ao meio ambiente;

- garantia de um desenvolvimento justo e harmônico dos sistemas municipais de saúde e a prioridade aos grupos da população mais necessitados de atenção;

- flexibilidade na utilização dos recursos em geral, a fim de responder rapidamente às transformações demográficas e epidemiológicas, e aos acelerados avanços nas técnicas e procedimentos de atenção à saúde;

- combinação dos distintos interesses públicos e privados, envolvidos na gestão dos recursos financeiros, de modo que produzam o máximo de benefício à população;

- participação dos agentes sociais na seleção de prioridades, na determinação de linhas de ação e na avaliação dos serviços de saúde;
 - aperfeiçoamento e ajuste permanente do sistema, com base na determinação política de que a municipalização da saúde representa a estratégia principal para se atingir um mais elevado nível de saúde no estado;
 - admissão e capacitação de recursos humanos em consonância com os princípios que orientam o novo Modelo de Atenção à Saúde;
 - sistema único de informações que permita a realização de análise e a tomada de decisão no menor espaço de tempo;
 - no nível municipal, a possibilidade de organização do Sistema Único de Saúde, na forma de distritos, buscando integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a totalidade das ações de saúde;
 - priorização dos serviços públicos de saúde, de tal modo que sejam utilizados em sua capacidade plena, tendo a participação complementar do setor privado;
 - possibilidade de organização de consórcio entre os municípios, a fim de que possam desenvolver em conjunto as ações e serviços de saúde.
- O Modelo de Atenção à Saúde, marco referencial dos cuidados no setor, e em permanente mutação, deverá avançar no sentido da descentralização e desconcentração, realçando o preventivo, integrando atividades e evitando ações isoladas, utilizando tecnologia apropriada, facilitando e promovendo a intervenção social e a intersectorialidade, tendo como principal objetivo a equidade das ações com qualidade e eficiência social.

4.3 - Áreas de Atuação - Ações Prioritárias

4.3.1 - Vigilância Epidemiológica

Para o controle e/ou erradicação das Doenças Transmissíveis Agudas e das Sexualmente Transmissíveis, a proposta de atuação é:

- estruturação de equipes multidisciplinares a nível de município;
- realização de supervisão, promovendo discussão das ações, estímulo pessoal e treinamento;

- ampliação do sistema de vigilância epidemiológica tendo como base territorial e prioritária o município;
 - informatização do sistema de vigilância epidemiológica;
 - estabelecimento de rede de recursos terapêuticos e diagnósticos disponíveis nos diferentes serviços, formando uma rede de referência e contra-referência, tanto a nível ambulatorial quanto hospitalar;
 - garantia da existência de hospital-dia para procedimentos diagnósticos e terapêuticos para AIDS;
 - fortalecimento do sistema de notificação de casos, especialmente para AIDS;
- Em relação às zoonoses, com ênfase na Doença de Chagas, Hidatidose, Tungíase e Toxoplasmose, as principais ações são:
- formação de sistema de vigilância transfusional e vetorial;
 - implantação de sistema de informação sobre as doenças zoonóticas em geral.

4.3.2 - Políticas Específicas

4.3.2.1 - Da Criança e do Adolescente

- Criação do Centro de Referência de Aleitamento Materno;
- manutenção do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;
- implantação, em área-piloto do estado (1ª DRS), de exame laboratorial para identificação e tratamento da Fenilcetonúria e do Hipotireoidismo;
- implantação do Cartão da Criança (curva de peso) nos hospitais e rede assistencial básica;
- realização de trabalho educativo sobre aleitamento materno junto à população;
- realização de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente.

4.3.2.2 - De Atenção à Saúde da Mulher

- Educação e informação em programa efetivo e continuado em saúde reprodutiva;
- definição de centro de referência e contra-referência para atendimento secundário e terciário;
- fornecimento de material educativo sobre saúde reprodutiva e aconselhamento e distribuição de métodos contraceptivos, após avaliação da equipe de saúde;
- realização de exames cito-patológicos de colo de útero e incentivo ao auto-exame das mamas.

4.3.2.3 - Da Saúde do Idoso

- Atenção global à saúde do idoso, incluindo aspectos médico-clínicos, odontológicos, nutricionais, mentais, sociais e funcionais;
- formação de grupos de convivência e auto-ajuda, desenvolvendo programas de atividade física e de promoção de saúde;
- controle de casas geriátricas e alvarás de funcionamento;
- realização de visitas domiciliares para acompanhamento e controle da saúde dos idosos.

4.3.2.4 - Da Saúde Bucal

- Realização de programas educativos, em nível individual e coletivo, sobre higiene bucal e hábitos alimentares, visando conscientizar a população sobre a necessidade de auto-cuidado;
- exame e tratamento de grupos prioritários (pré-escolares, crianças de 6 a 14 anos, gestantes e nutrízes), visando o diagnóstico precoce de cárie, doença periodontal e outras alterações da normalidade;
- fluoretacão e controle do índice de flúor na água de abastecimento público.

4.3.2.5 - Da Saúde Mental

- Introdução do atendimento em Saúde Mental por programas específicos, dentro de uma visão integral de atenção à saúde;

- estabelecimento de parâmetros e indicadores de desempenho hospitalar, ambulatorial e de outros serviços comunitários;
- ampliação e descentralização de leitos psiquiátricos em hospitais gerais;
- adequação progressiva da capacidade instalada dos hospitais psiquiátricos;
- criação de Centros de Atendimento Residencial de Crise;
- criação de uma rede de cuidados intensivos comunitários, como Pensões Públicas Comunitárias e Centro de Atenção Psicossocial.

4.3.2.6 - Cardiovascular

- Promoção de campanha de prevenção da doença cardíaca em diversos níveis, tendo como enfoque prioritário a prevenção das estreptocócicas, o abandono do tabagismo, o reconhecimento da hipertensão arterial sistêmica e dos sinais de morte súbita (dor torácica);
- Realização de diagnóstico e tratamento inicial adequado aos portadores de hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia isquêmica e doença reumática.

4.3.2.7 - Tabagismo

- Realização de programas educativos através da imprensa e de palestras junto a escolas, empresas, hospitais etc;
- trabalho junto aos poderes Legislativo e Executivo para aprovação de medidas que restrinjam o uso do cigarro.

4.3.2.8 - Câncer

- Realização de programas educativos para a população com ênfase nos seguintes tópicos:
 - . os sinais e sintomas do câncer
 - . os efeitos do tabagismo
 - . os efeitos do sol na pele
 - . o auto-exame de mama

- realização de diagnóstico, tratamento e promoção da reabilitação físico-psicológica de pacientes e familiares.

4.3.2.9 - Saúde do Trabalhador

- Criação de Centros de Vigilância Epidemiológica para onde devem ser encaminhados os registros de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, devendo as doenças serem de notificação compulsória e efetuadas em formulários próprios;

- criação de ambulatório de doenças ocupacionais atendido por Médico do Trabalho, para onde devem ser encaminhados os casos suspeitos destas doenças;

- fiscalização dos ambientes de trabalho nas empresas e das condições de saúde dos trabalhadores;

- criação de Centros de Saúde do Trabalhador, em regiões de atividade econômica com alta incidência em doença ocupacional e acidente do trabalho e com elevada densidade populacional.

4.3.3 - Assistência Farmacêutica

- Produção de 60% da necessidade de medicamentos da rede básica de saúde;
- estruturação de um sistema informatizado de controle de estoque de medicamentos e materiais, conectados "on line" entre o nível central, regional e municipal;
- criação de Centro de Estudos de Estabilidade Técnica;
- produção de antídoto para agrotóxico;
- aperfeiçoamento e padronização dos métodos de produção e controle de medicamentos produzidos;
- implantação de novas técnicas de controle de qualidade fiscal de medicamentos.

4.3.4 - Produção de Imunobiológicos e Desenvolvimento de Biotecnologia

- Reativação de programas de controle de qualidade;
- produção de vacina contra raiva para o uso humano;
- produção de antígenos para Doenças de Chagas, Hidatidose e Cisticercose.

4.3.5 - Sangue e Hemoderivados

- Criação do Sistema Estadual de Sangue e Hemoderivados, disciplinando e hierarquizando a atividade hemoterápica em todo o estado;
- interiorização da atividade hemoterápica com a implantação e operacionalização dos Hemocentros Regionais e Núcleos de Hemoterapia, segundo critérios previamente analisados no Programa de Sangue e Hemoderivados;
- realização de campanhas de conscientização, assegurando o suprimento de sangue em todo o estado, facilitando o acesso dos doadores a bancos de sangue.

4.3.6 - Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico

A pesquisa e o desenvolvimento científico e tecnológico da saúde apresenta relevância indiscutível na medida em que pode contribuir para a redução da dependência, em especial no que se refere aos insumos estratégicos, ao planejamento e gerenciamento dos sistemas municipais de saúde e aos aspectos epidemiológicos, com vistas a obter a equidade e uma maior eficiência e eficácia social.

Áreas de interesse:

- a) Serviços: sistemas municipais de saúde, distribuição dos serviços;
- b) Agravos: epidemiologia, fatores de risco;
- c) Ambiente: componentes ambientais e risco à saúde;
- d) Recursos Humanos: seleção e desenvolvimento;
- e) Insumos Estratégicos: biotecnologia, imunológicos, medicamentos.

4.3.7 - Saneamento Comunitário

O Programa de Saneamento Comunitário - PROSAN tem como objetivo a realização de ações básicas de saneamento, utilizando tecnologia de baixo custo, aliada a um esquema cooperativo de operacionalização, com gestão local.

As ações prioritárias:

- instalação de rede de distribuição de água, a partir de poços artesianos, fontes e/ou rede pré-existente;
- construção de fossas sépticas e fossas absorventes para o destino dos dejetos humanos;
- desenvolvimento de ações voltadas para a Educação Sanitária.

4.3.8 - Meio Ambiente

A Saúde Ambiental tem como objetivo, a avaliação e a identificação dos riscos e dos efeitos nocivos à saúde, decorrentes da degradação ambiental a que estão sujeitos os indivíduos, principalmente nas áreas críticas de poluição. O conhecimento destes riscos e a avaliação precisa dos danos causados à saúde por meio de fatores ambientais são indispensáveis para o desenvolvimento de programas de prevenção e controle ambientais e dos agravos a saúde humana. Para tanto prevê-se executar as seguintes ações:

- normatização do gerenciamento das questões ambientais por bacias hidrográficas, compatibilizando crescimento econômico com a prevenção ambiental;
- estímulo à criação de Conselhos Municipais de Defesa Ambiental;
- regionalização da FEPAM - Fundação Estadual de Proteção Ambiental, com escritórios representativos em áreas críticas do estado;
- implementação imediata do princípio de que o causador da poluição deva ser responsabilizado pela solução do dano ambiental;
- criação de programa educacional para preservação ambiental como forma de prevenir danos ao meio ambiente e à saúde humana;
- implantação do Conselho Estadual do Meio Ambiente.

4.3.9 - Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária tem como enfoque a descentralização das ações e do poder decisório. Visa atuar prioritariamente nos estabelecimentos e produtos, cuja situação, conservação, distribuição e forma de venda ou dispensação constituem fator de risco ou agravos à saúde. Para tanto as ações a serem desenvolvidas são:

- o controle de produtos e bens de consumo que diretamente se relacionam com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;
- o controle das radiações ionizantes e eletromagnéticas e das substâncias, produtos e equipamentos que as produzem;
- o controle da prestação de serviços que diretamente se relacionam com a saúde;
- o controle dos estabelecimentos industriais e comerciais, cujos produtos diretamente se relacionam com a saúde;

- o controle da circulação de bens e produtos, serviços temporários e demais formas de comercialização;
- o controle da qualidade da água destinada ao consumo humano, de acordo com os padrões estabelecidos;
- realização de investigação e de pesquisa e divulgação de resultados de investigação epidemiológica de doenças relacionadas à utilização de produtos, serviços e condições ambientais de trabalho;
- realização de controle de 100% das transfusões de sangue e hemoderivados.

4.3.10 - Toxicologia

- Prestação de informação em casos de intoxicação ou acidente envolvendo agentes tóxicos, através de plantão (24 horas/dia);
- manutenção e desenvolvimento de um banco de antídotos e soros antivenenosos destinado a fornecer suporte ao tratamento de acidentes tóxicos;
- manutenção e desenvolvimento de um banco de dados toxicológicos destinado a fornecer suporte técnico às atividades desenvolvidas;
- realização de programas de prevenção de acidentes tóxicos envolvendo grupos populacionais de risco.

4.3.11 - Doação de Órgãos

- Cadastro e informatização dos doadores de órgãos;
- acompanhamento de receptores transplantados;
- registro de pacientes em diálise.

4.3.12 - Emergência e Trauma

A emergência hoje se caracteriza como um grande problema na área de organização dos serviços pela demanda aos gran-

des centros urbanos principalmente, Porto Alegre, de casos que não se caracterizam como emergência e que confluem para estes setores sistematicamente. A pouca resolitividade das unidades hospitalares do interior do estado contribui para estes deslocamentos, assim como a falta de programas preventivos educacionais nesta área.

Para tanto propõe-se as seguintes ações:

- estruturação do sistema de referência e contra-referência relativo às emergências através do atrelamento à Central de Leitos;
- preparo da rede ambulatorial descentralizada para atenção às pequenas e médias urgências;
- promoção de pesquisas e levantamento da demanda espontânea na cidade de Porto Alegre, traçando um perfil da mesma;
- estruturação de um sistema de transporte e pronto-atendimento de casos de emergência com ênfase nas estradas (BRs) de maior risco, de acordo com dados da Secretaria de Transportes;
- estruturação de um sistema de telecomunicações com interligação intersetorial (Polícia, Corpo de Bombeiros, etc.);
- capacitação de recursos humanos necessários para a prática em situações de emergência;
- capacitação de rede hospitalar para atendimento às emergências;
- campanha publicitária de prevenção e educação para a saúde, nesta área.

4.4 - PROJETOS

A Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente dentro de sua área de atuação tem como proposta o desenvolvimento de vários projetos.

Esses projetos se referem à recuperação da rede de unidades assistenciais com vistas à municipalização dos serviços de saúde, obras de conclusão do Hospital Geral de Caxias do Sul; a construção do novo prédio para o Instituto de Pesquisas Biológicas; implantação do Laboratório de Controle de Qualidade Fiscal de Medicamentos; conclusão da planta industrial do Laboratório Farmacêutico do Estado; implantação do Programa de Saúde Comunitária e do Programa Estadual de Sangue e Hemoderivados.

Entre os projetos prioritários destacam-se especialmente o "SUL-VACINA", projeto este cujo objetivo fundamental é o aumento dos índices de cobertura vacinal e a "Municipalização dos Serviços de Saúde" como principal estratégia para a efetiva implantação do Sistema Único de Saúde no estado.

Na área de meio ambiente, os projetos apresentam ênfase na necessidade de desenvolvimento de ações voltadas à identificação, controle e avaliação dos riscos e dos agravos à saúde humana decorrentes da poluição e da degradação ambiental.

Os projetos prioritários estão descritos de forma resumida especificando os objetivos a que se propõem e as metas a serem atingidas, no anexo I, bem como, a relação de outros projetos a serem desenvolvidos pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente.

5. OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA

5.1 - Gerência do Sistema

A gestão dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, no Rio Grande do Sul, compreende as três esferas de governo (municipal, estadual e federal). A gestão dos serviços em cada nível se dará em consonância com as diretrizes emanadas nos respectivos Planos de Saúde, elaborados com a participação popular através dos respectivos Conselhos de Saúde que devem atuar na formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

À nível municipal cabe às Prefeituras através das Secretarias Municipais de Saúde, o planejamento, controle e avaliação do seu Sistema de Saúde através da criação de instrumentos de informação e de normatizações específicas em consonância com o Plano Municipal e Estadual de Saúde. Constituem ainda responsabilidade do município a execução de ações de saúde previstas na Lei 8080/90, sendo o principal e único gestor das unidades prestadoras de serviços de saúde, seja das que constituem a porta de entrada, como as de referência local ou mesmo micro-regional. A "compra" de serviços de saúde do setor privado em caráter complementar é de competência do nível municipal, respeitadas as necessidades e normatizações estadual e federal, bem como, a administração dos bens móveis e imóveis cedidos a este pelos gestores estadual e federal, e a gerência dos recursos humanos cedidos, permanecendo o pagamento de salários a cargo dos gestores "cedentes".

A administração municipal deverá ser participativa através dos Conselhos Municipais de Saúde que deverão ser obrigatoriamente permanentes, deliberativos e paritários com 50% de representantes de prestadores de serviços e 50% de usuários.

Cada município através do Fundo Municipal de Saúde, deve gerir os recursos federais e os estaduais repassados, além do seu próprio (tanto para investimento quanto para custeio das ações e serviços de saúde em seu âmbito).

A nível estadual, a Secretaria Estadual de Saúde como gestora do sistema é responsável pela elaboração do Plano Estadual de Saúde que norteia as políticas de saúde, definindo as diretrizes básicas de atuação estadual.

Neste contexto realiza o planejamento, controle e avaliação, criando mecanismos de acompanhamento das informações provenientes dos municípios, devendo intervir em situações de epidemias e/ou em ações que contrariem as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Os serviços de saúde de gestão estadual são aqueles de referência estadual, de tecnologia avançada e de alta complexidade provenientes tanto do setor público estadual como dos serviços contratados e conveniados ao Sistema Único de Saúde.

Participam na gestão estadual também duas instâncias deliberativas, uma em caráter permanente e outra com regularidade convocatória de 4/4 anos. Estas instâncias tem papel fundamental na formulação e controle da execução das diretrizes e estratégias de atuação das ações e serviços de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. São elas o Conselho Estadual de Saúde, de representação paritária segundo o que determina a Lei 8142/90 e a Conferência Estadual de Saúde que se conformará também com representação de vários segmentos sociais e que deve ser convocada pelo Poder Executivo ou extraordinariamente por este ou pelo Conselho Estadual de Saúde, garantindo-se a democratização e regionalização do planejamento na área da saúde.

O Ministério da Saúde, gestor a nível federal, tem o papel primordial na definição e coordenação de sistemas e de normatizações de acordo com a Lei 8080/90, promovendo a descentralização dos serviços, acompanhando, controlando e avaliando as ações e serviços de saúde respeitadas as competências estaduais e municipais.

A descentralização de recursos financeiros para os estados e municípios, conforme o que estabelece o art. 35 da Lei 8080/90, aliada à decisão política de participação efetiva do Conselho Nacional de Saúde na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde em todos os seus aspectos, possibilitará a concretização da proposta estadual e municipal de reversão do modelo assistencial hoje existente.

Para o planejamento e implementação das ações e serviços na área de saúde, a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente articula-se com entidades que compõem o SUS, tais como Coordenadoria de Cooperação Técnica e Controle/INAMPS/MS, Fundação Nacional de Saúde, EMATER - Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural, e com as Secretarias Municipais de Saúde através da Associação dos

Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul-ASEDISA e FAMURS - Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul, Universidades e Sindicatos.

A participação e o controle social atualmente viabilizam-se de forma organizada através do Conselho Estadual de Saúde, instância com poder deliberativo, nas questões técnicas, político-administrativas e financeiras da gestão estadual e através dos Conselhos Municipais, nas suas respectivas esferas.

Na área de desenvolvimento de recursos humanos destaca-se a Escola de Saúde Pública, órgão responsável pela formação e capacitação de recursos humanos, que prioriza dentro de sua programação cursos de curta duração para os níveis elementar, médio e superior com objetivos voltados ao processo de municipalização da saúde. Entre as áreas prioritárias a serem elaborados programas de capacitação e/ou cursos de especialização temos: Saúde Pública, Metodologia da Pesquisa, Saúde do Trabalhador, Gerenciamento, Epidemiologia, Ecologia e Meio Ambiente, Vigilância Sanitária, Saúde da Criança e do Adolescente, Alimentação e Nutrição, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Saúde Coletiva, Docência na Residência em Saúde Geral Comunitária e Saúde Mental, Coordenação e Docência no Estágio Especializado em Saúde Mental.

Destacam-se ainda na área de desenvolvimento de recursos humanos as seguintes atividades:

- a descentralização das atividades de recursos humanos, através de acompanhamento, supervisão e avaliação das atividades desenvolvidas, através das Delegacias Regionais de Saúde;
- integração dos subsistemas de serviço, ensino e pesquisa em saúde, enquanto instrumentos de formação de recursos humanos;

- necessidade de otimização da destinação dos recursos humanos, considerando a proporcionalidade entre demanda de atendimento/profissionais necessários;

- realização de acompanhamento funcional que busque integrar e ajustar o trabalhador de saúde às suas atividades pelo e no grupo de trabalho;

- elaboração e implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários, com os seguintes objetivos:

- propiciar a valorização do desempenho e qualificação dos recursos humanos de todos os níveis e áreas de atividades que a instituição abrange;

- . viabilizar sua ascensão profissional, mediante avaliação de desempenho e a valorização de sua experiência e capacitação profissional específica para a área de Saúde;
- . contribuir para estimular a definição de uma política de desenvolvimento de recursos humanos através da criação da Comissão de Desenvolvimento de Recursos Humanos que deverá acompanhar a implementação do Plano de Carreira na Instituição;
- . contribuir para estimular a integração e articulação de setores responsáveis pela administração e capacitação de recursos humanos.

5.2. - Organização dos Serviços

As unidades de saúde identificadas pelo seu grau de resolatividade e serviços disponíveis deverão estar articuladas administrativa e tecnicamente constituindo uma rede regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, dotada de mecanismos de referência e contra-referência, de modo a garantir a máxima resolatividade dos serviços de saúde de acordo com as necessidades da população que a elas tem acesso. (A hierarquização da rede encontra-se descrita no anexo II).

Para tanto o papel do gestor municipal na organização dos serviços é fundamental, na medida em que determina a nível local, a porta de entrada do sistema (que deve ser uma unidade assistencial básica) e as suas referências.

A polarização microrregional dos serviços de saúde de certa forma favorece a administração articulada dos recursos localizados nestas áreas geográficas, tendo em vista os vínculos culturais e os fluxos estabelecidos naturalmente entre os municípios com rede e aqueles com serviços mais complexos. A administração conjunta destes recursos está sendo estimulada pela incorporação do SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais) em implantação.

Nesta ótica deverá se desenvolver um sistema de informação ágil que contemple dados importantes para a avaliação e tomada de decisão. Cada gestor em seu nível de governo necessitará de informações de acordo com seu nível de competência e toda a população deverá ter acesso às informações.

Portanto é de fundamental importância a adoção de um sistema único de informações à nível estadual, através de uma rede computadorizada, dotando o gestor de instrumentos rápidos e confiáveis para a organização dos serviços ambulatoriais e hospitalares através do SIA/SUS e do SIH/SUS. Destacam-se também as informações epidemiológicas de morbi-mortalidade, instrumento necessário para avaliação em saúde pública cuja geração de dados se fará à nível municipal que estabelecerá seu mecanismo de controle e avaliação remetendo os dados consolidados ao gestor estadual.

Para o desenvolvimento destas atividades é necessário:

- estabelecimento de parâmetros adequados à realidade do estado;

- construção de referências em saúde;

- coleta, armazenamento e consolidação de informações sobre as ações programadas e as realizadas;
- informações sobre morbi-mortalidade agregando outros indicadores de saúde relacionados com as condições de vida e meio ambiente;

Através da análise das informações produzidas em nível local, será redefinido e avaliado o tipo de assistência prestada e as mudanças que deverão ocorrer tanto a nível assistencial quanto de organização da rede.

É imprescindível otimizar os recursos existentes, estimulando a população a utilizar as "portas de entrada" do Sistema que está em poder majoritário do setor público, mas para tanto é necessário haver credibilidade da população nos serviços que só se dará com a resolução dos seus problemas de saúde na unidade básica.

O acesso em todos os níveis deverá ser facilitado e o redirecionamento espontâneo da demanda é diretamente proporcional ao atendimento qualificado nos postos de saúde e a detecção precoce de doenças, assim como sua prevenção.

Para que se operacionalize esta reversão do modelo assistencial hoje existente é também necessário uma modificação no comportamento dos servidores que passa basicamente pelo desenvolvimento de uma política adequada de recursos humanos. Os municípios poderão se organizar também através da implantação de Distritos Sanitários, cujas características e critérios estão descritas no anexo III.

A criação de estrutura técnico-administrativa com descentralização de recursos e participação popular deverá nortear as regionalizações e distritalizações.

Esta unidade técnico-administrativa distrital e regional com autonomia e recursos materiais e financeiros, gerenciará sua área de abrangência, estabelecendo diretamente os fluxos e refinindo necessidades através de seu controle e avaliação.

A nível hospitalar a AIH (autorização de internação hospitalar) deverá acompanhar o paciente referenciado, estabelecendo -se em conjunto, Estado e Municípios, os critérios de sua distribuição, considerando capacidade instalada/internação, população e desempenho assistencial em série histórica.

O acesso deverá ser facilitado através da implementação das Centrais de Leitos Regionais que obedecerá a um cronograma pré-estabelecido de "busca" de leitos por especialidade solicitada e que deverá atrelar a internação à autorização de AIH para o

hospital.

Cabará às Delegacias Regionais de Saúde e do Meio Ambiente, estimular a organização dos Sistemas Locais de Saúde participando junto aos municípios no seu planejamento estratégico de hierarquização e regionalização da rede.

5.3 - Financiamento Setorial

A atual forma de financiamento da União ao setor saúde se dá principalmente pela remuneração da produção de serviços, onde o setor público compete com o setor privado conveniado, no "mercado" da doença. Privilegiam-se ações médicas e procedimentos de alto custo em detrimento das ações de promoção e prevenção da saúde, de caráter coletivo.

Segundo a Norma Operacional Básica 01/92, "A linha assistencial do SUS envolve o conjunto de ações de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, centradas no Indivíduo", (grifo nosso). E continua: "O financiamento de tais ações é competência das 3 esferas de governo (União, Estados e Municípios)".

Fica claro assim a contrapartida que o Estado e Municípios deverão estabelecer.

O Estado do Rio Grande do Sul financiará as ações de caráter coletivo onde se priorize a promoção da saúde e prevenção da doença, tornando assim viável a reversão do modelo assistencial hoje vigente que é reforçado pela forma de financiamento da União.

Nesta ótica está contemplado o planejamento integrado entre Estado e municípios através dos Planos de Saúde e Programações Anuais, discutidos amplamente pelos Conselhos de Saúde, onde os municípios também devem priorizar, nos seus organismos municipais, ações de promoção da saúde e prevenção de doença.

Neste momento, a estratégia que o Estado e os municípios deverão adotar face a este tipo de financiamento é também o de priorizar o investimento de recursos na aquisição de equipamentos para o setor público, dotando-o de "ferramentas" necessárias, proporcionando maior resolutividade às ações do setor.

O Estado atuará de forma a dar ênfase a:

- prioridade para o setor público ambulatorial e hospitalar;
- prioridade de investimentos em municípios com sistemas locais de saúde organizados e com Conselhos Municipais de Saúde formados de acordo

com a Lei nº 8.142/90, bem como, com programações definidas e contempladas nos Planos Municipais de Saúde;

- garantia do fornecimento de medicamentos básicos, estabelecidos pelos programas de saúde a todos os municípios independente ou não de serem municipalizados;

- repasse de recursos financeiros provenientes da União segundo critérios definidos pelo Conselho Estadual de Saúde e/ou segundo critérios epidemiológicos entre outros;

- transferência para a gerência do município de 100% das AIHS , independente de assinatura de instrumento convencional.

A programação físico-financeira das unidades ambulatoriais deverá se basear na realidade local e regional, nos mecanismos de referência e na capacidade instalada, não ultrapassando o teto financeiro estabelecido.

ANEXO Nº I

- PROJETOS PRIORITÁRIOS
- OUTROS PROJETOS A SEREM DESENVOLVIDOS

PROJETOS PRIORITÁRIOS

NOME DO PROJETO: - Municipalização dos serviços de saúde.

OBJETIVO: - Promover a descentralização das ações e serviços de saúde para o município, responsável pelo planejamento, organização, execução, controle e avaliação dos serviços de saúde de abrangência local.

META: - Municipalização de 100% dos municípios do Estado, até 1994.

NOME DO PROJETO: SUL-VACINA

OBJETIVO: - Promover o controle das doenças transmissíveis por agentes imunizantes prevenindo o possível dano produzido por estas doenças na população, aumentando os índices de cobertura vacinal.

META: - Intensificação da vacinação, atingindo 100% de cobertura vacinal na população alvo, no período.

NOME DO PROJETO: - Unidades Móveis de Saúde.

OBJETIVO: - Proporcionar e facilitar o acesso da população aos serviços básicos de saúde.

META: - Prestar atendimento à população da periferia dos centros urbanos e onde o Sistema de Saúde não se organizou completamente.

NOME DO PROJETO: - Educação Popular para a Saúde

OBJETIVO: - Desenvolver um processo pedagógico junto a diversas camadas da população, colocando à disposição informações e reflexões sobre o processo saúde-doença.

META: - Desenvolver atividades integradas entre Saúde e Educação voltadas para a atenção materno-infantil, suplementação alimentar, assistência médica e odontológica, álcool e drogas, atendimento à hipertensão e obesos.

NOME DO PROJETO: - Recuperação de Unidades Assistenciais.

OBJETIVO: - Readequar a rede de serviços de saúde estadual a ser cedida aos municípios, proporcionando melhores condições de atendimento aos usuários dos serviços, tendo em vista o processo de municipalização.

METAS: - Reforma e/ou ampliação de 300 unidades de saúde próprias e/ou cedidas, num total de 24.000m² de área física reformada e/ou ampliada.

- Reequipamento das referidas unidades assistenciais.

NOME DO PROJETO: - Conclusão da Planta Industrial do Laboratório Farmacêutico do Estado - LAFERGS

OBJETIVO: - Ampliar a produção e garantir a qualidade dos medicamentos produzidos, garantindo o seu padrão de eficiência e eficácia.

METAS: - Implantação de sistema de controle de estoque de medicamentos.

- Reforma e ampliação de 1.063m² de área física.

- Construção de 2.343m² de área física.

- Produção de matérias primas para a fabricação de medicamentos.

- Aumento da capacidade de produção de 70.000.000 para 300.000.000 unidades/ano.

NOME DO PROJETO: - Sistema de Saúde Comunitária.

OBJETIVO: - Prestar atendimento integralizado e multiprofissional, com prioridade para as ações preventivas voltadas para a promoção da saúde.

METAS: - Reforma e ampliação do Hospital Sanatório Partenon, transformando-o em hospital geral comunitário.

- Construção do novo prédio da Unidade de Saúde Comunitária São José do Murialdo.
- Formação de 1.500 Agentes de Saúde Comunitária.

NOME DO PROJETO: - Construção do Hospital Geral de Caxias do Sul - conclusão das obras.

OBJETIVO: - Suprir a falta de leitos hospitalares na região de Caxias do Sul e municípios circunvizinhos.

METAS: - Oferta de 250 leitos.

- Conclusão das obras que totalizam 12.541m² de área física.

NOME DO PROJETO: - Criação de Pensões Públicas Comunitárias.

OBJETIVO: - Atender pessoas mentalmente enfermas que prescindam da internação psiquiátrica, mas que necessitam de cuidados num local intermediário entre a internação psiquiátrica e a família ou grupo de convívio.

META: - Criação de 30 (trinta) Pensões Públicas Comunitárias, até dezembro de 1994.

NOME DO PROJETO: - Criação de Centros de Atendimento Residencial de Crise.

OBJETIVO: - Atender indivíduos com quadro psiquiátrico agudo que aceitam voluntariamente os cuidados especializados, como recurso alternativo à intervenção psiquiátrica convencional.

META: - Criação de 6 (seis) Centros de Atendimento Residencial de Crise, até dezembro de 1994.

NOME DO PROJETO: - Programa Estadual de Sangue e Hemoderivados.

OBJETIVO: - Ampliar a rede de hemocentros descentralizando as ações de sangue na área de hemoterapia e hematologia, visando assegurar a garantia da qualidade do sangue e hemoderivados transfundidos no estado.

METAS: - Garantir a qualidade de 100% do sangue transfundido, no Estado, através de uma rede descentralizada de Hemocentros Regionais e Núcleos de Hemoterapia.

- Ampliação e equipamento do Hemocentro Central em 484m², para instalação da Unidade de Hematologia.
- Construção e equipamento do Hemocentro Regional de Alegrete e Caxias do Sul.
- Construção ou reforma e equipamento de Núcleos de Hemoterapia de Vacaria e Cruz Alta.

NOME DO PROJETO: - Plano de Prevenção e Controle da Cólera no Rio Grande do Sul.

OBJETIVO: - Instrumentalizar o setor saúde, na detecção precoce da entrada do Vibrio Cholerae, no estado, através de um plano de ação de prevenção e controle, nas áreas de vigilância epidemiológica e sanitária.

METAS: - Implementação de medidas emergenciais de saneamento, priorizando as regiões de fronteira como Uruguaiana, Noioai e Chui.

- Implementação das ações de diagnóstico laboratorial.
- Treinamento de recursos humanos para o diagnóstico laboratorial do cólera e investigação epidemiológica.
- Capacitação e instrumentalização de grupos intersectoriais de nível central, regional e local.
- Elaboração e divulgação de material informativo e educativo.

NOME DO PROJETO: - Construção de Unidades Assistenciais em Municípios a serem emancipados.

OBJETIVO: - Prestar assistência sanitária à população destes municípios, usuária dos serviços de saúde, em condições adequadas de atendimento.

METAS: - Construção de 115 unidades assistenciais em 93 municípios a serem emancipados e que não possuem infraestrutura própria de serviços de saúde.

NOME DO PROJETO: - Construção do Instituto de Pesquisas Biológicas

OBJETIVO: - Garantir maior eficiência na prestação do apoio laboratorial às ações de saúde, no estado, otimizando a produção de vacinas, conferindo uma maior participação na produção nacional de imunobiológicos.

METAS: - Construção de 6.681m² de área física para a instalação de 32 laboratórios de serviços, 1 biotério e 7 setores administrativos.

- Aumento na produção de vacinas de 600 mil para 1 milhão de doses/ano.

NOME DO PROJETO: - Implementação da Rede de Laboratórios de Saúde Pública.

OBJETIVO: - Dotar as Delegacias Regionais de Saúde que abrangem municípios de fronteira, de laboratórios de apoio à vigilância sanitária e epidemiológica e aos programas de saúde pública e meio ambiente, visando conferir maior resolutividade às ações conjuntas interestaduais e internacionais que se efetivem nessas regiões.

METAS: - Construção de Laboratórios Regionais na 5ª, 6ª, 7ª, 11ª 12ª, 14ª e 15ª Delegacias Regionais de Saúde, (Caxias do Sul, Passo Fundo, Bagé, Erechim, Santo Angelo, Santa Rosa e Palmeira das Missões), com área física de 400m² cada um.

- Implementação dos Laboratórios Regionais da 3ª DRS - Pelotas e 10ª DRS - Alegrete, com a ampliação de 100m² em cada laboratório.

NOME DO PROJETO: - Implantação do Laboratório de Controle de Qualidade Fiscal de Medicamentos.

OBJETIVO: - Dar suporte à estrutura hierarquizada de vigilância sanitária, aferição da qualidade de produtos farmacêuticos e cosméticos dispensados na rede pública e privada.

META: - Atender 100% da demanda da vigilância sanitária, na rede pública.

NOME DO PROJETO: - Gerenciamento Costeiro - GERCO

OBJETIVO: - Planejar e gerenciar, de forma integrada, descentralizada e participativa as atividades sócio-econômicas na zona costeira, garantindo a utilização, controle, conservação, proteção e recuperação dos recursos naturais e ecossistemas costeiros.

METAS: - Macrozoneamento de 100% do litoral norte, até 1994.

- Implementação de legislação de macrozoneamento do litoral norte.
- Implementação do sistema de informações.
- Elaboração de cartas temáticas e macrozoneamento de 490 km de costa do litoral médio e sul.
- Implantação de sistemas de monitoramento do espaço costeiro.

NOME DO PROJETO: - Mata Atlântica

OBJETIVO: - Promover o desenvolvimento integral e auto-sustentado da região de influência da floresta Atlântica e seus remanescentes, garantindo a base ecológica da economia regional.

METAS: - Levantamento, identificação, classificação, mapeamento dos remanescentes da Mata Atlântica na área de incidência no Rio Grande do Sul.

- Definição de 0,5% das áreas a serem tombadas no Rio Grande do Sul, até 2º semestre de 1992.
- Consolidação de 5 unidades de conservação e declaração da APA da Serra Geral, até o final do projeto.
- Declaração da área como reserva da biosfera, pela UNESCO, em 1992.

- Implantação de projetos de pesquisa na área de abrangência do Projeto.

NOME DO PROJETO: - PRÓ-GUAÍBA

OBJETIVOS: - Prevenir e controlar a poluição industrial e doméstica da Bacia Hidrográfica do Guaíba.

- METAS:** - Elaboração de projeto sobre monitoramento ambiental (recursos hídricos, recursos atmosféricos, uso e ocupação territorial) e controle da poluição industrial.
- Aquisição e instalação das estações para monitoramento da qualidade da água e do ar, em áreas mais comprometidas da Bacia Hidrográfica do Guaíba.
 - Levantamento aerofotogramétrico parcial, em áreas da Bacia Hidrográfica do Guaíba, através de fotos de imagens de satélites.
 - Levantamento, cadastramento, classificação e tratamento das indústrias da Bacia Hidrográfica do Guaíba.
 - Elaboração de projeto para a execução do Plano de Enquadramento das Fontes Poluidoras Industriais.

NOME DO PROJETO: - Estruturação da Fundação Estadual de Proteção Ambiental - FEPAM

OBJETIVO: - Dotar a Fundação Estadual de Proteção Ambiental-FEPAM de infra-estrutura física, material e de recursos humanos, de modo a dar suporte ao desenvolvimento de sua programação.

METAS: - Construção de 8.000m² de área física (sede administrativa e laboratório ambiental).

- Informatização dos serviços, através da conclusão da implantação do Plano Diretor de Informática - PDI.
- Aquisição de novos equipamentos laboratoriais.

OUTROS PROJETOS A SEREM DESENVOLVIDOS

- Implantação de Centros de Saúde do Trabalhador
- Implementação do Instituto de Pesquisas Biológicas
- Implementação de Programas de Saúde Pública
- Educação para Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS nas fronteiras do CONESUL
- Implantação de Centros de Prevenção e Diagnóstico de Câncer do RS
- Ampliação e Interiorização da Central de Leitos Hospitalares
- Controle de Chuvas Ácidas
- Integração da Fundação do Meio Ambiente com a Brigada Militar

ANEXO Nº II

Hierarquização da Rede

Face às características do Estado, onde 78,68% da população (estimativa IBGE 1991) encontra-se em municípios de até 25.000 habitantes definiu-se a hierarquização da rede através de portes populacionais, com as seguintes características:

Porte I (até 5.000 habitantes)

- Comporta Centro de Saúde tipo 1, podendo ter Postos de Saúde subordinados tecnicamente e administrativamente ao mesmo. Agrupamento populacional de no mínimo 500 habitantes, em zona rural e de difícil acesso, pode comportar um Posto de Saúde.

Porte II (de 5.000 a 10.000 habitantes)

- Comporta Centro de Saúde (tipo 1 e tipo 2) e também Postos de Saúde conforme referido anteriormente em agrupamentos populacionais mais próximos de 10.000 habitantes.

Porte III (de 10.000 a 15.000 habitantes)

- Comporta Postos de Saúde e Centros de Saúde (tipos 1 e tipo 2). Dependendo da localização do município, pode contar com um Hospital Local.

Porte IV (de 15.000 a 20.000 habitantes)

- Além de Postos de Saúde, Centros de Saúde (tipos 1, 2 e 3), comporta também a existência de um Hospital Local.

Porte V (de 20.000 a 25.000 habitantes)

- Comporta Postos de Saúde, Centros de Saúde (tipos 1, 2 e 3) e Hospital Local ou Hospital Regional quando o município for de referência regional.

No Rio Grande do Sul, 21,32% dos municípios possuem populações acima de 25.000 habitantes. Portanto, os critérios

ANEXO Nº III

Distritalização

Os Distritos Sanitários deverão apresentar as seguintes características:

- ser uma Unidade Organizacional de Administração e Planejamento de todas as ações e serviços a serem desenvolvidos;
- possuir autonomia orçamentária e administrativa;
- contar com um sistema unificado de informação gerencial e operacional, para responder às necessidades próprias (informações referentes a: produção, vigilância epidemiológica e sanitária, recursos humanos, medicamentos, materiais, etc.) bem como, as necessidades institucionais;
- possuir na sua circunscrição o apoio diagnóstico (laboratório clínico, radiologia) apoio operacional (transporte, manutenção, abastecimento) e administrativo que servirá a todas as unidades do Distrito sob gerência única;
- utilizar o mecanismo de referência e contra-referência no nível interno, articulando-se quando necessário, com outros serviços de maior complexidade fora da sua área geográfica, para referir problemas de saúde que necessitem de tecnologia não disponível no seu meio. Este tipo de apoio é garantido através dos Convênios SUS entre as instituições públicas e privadas.

Para delimitação dos Distritos Sanitários deve-se levar em conta:

- demanda espontânea aos serviços facilitada muitas vezes pelo acesso aos meios de transporte com linhas de ônibus que perfazem o percurso do Distrito;

- perfil epidemiológico da região que deverá levar em conta também os determinantes sociais e econômicos;
- a delimitação geográfica em que comporte no mínimo o nível primário e secundário de atendimento com rede de apoio diagnóstico e se possível, terapêutico;
- articulação entre as diversas instituições que compõem o distrito junto aos Conselhos Locais de Saúde;

A construção de Distrito Sanitário envolve processos de natureza política, normativa, gerencial, organizativa e operacional e pode ser:

- um município que corresponde ao Distrito Sanitário;
- um município que comporte vários Distritos Sanitários;
- vários municípios comportando um Distrito Sanitário.

A administração do Distrito Sanitário se dá através de uma autoridade sanitária definida pelos poderes municipais e Conselhos Municipais de Saúde abrangendo o espaço geográfico local, o conjunto de recursos humanos e a infra-estrutura da rede, tanto do setor público quanto privado, articulado através de um mecanismo político-administrativo coordenado por um nível governamental único.