



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

**PLANO ESTADUAL DE SAÚDE
E MEIO AMBIENTE
1997 - 2000**

AGOSTO DE 1997.

VOLUME 1

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE

SUMÁRIO

VOLUME 1

APRESENTAÇÃO

I - INTRODUÇÃO

II - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE

III - CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

IV - SITUAÇÃO ATUAL DO SETOR SAÚDE E MEIO AMBIENTE

1. AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

1.1. Análise dos Principais Grupos e Causas de Óbito

1.2. Mortalidade Infantil

1.3. Mortalidade Proporcional: Indicadores Espaciais

- Indicador de Nelson de Moraes

- Indicador de Swaroop e Uemura

1.4. Indicadores de Morbi-Mortalidade de Agravos Seleccionados

1.5. Expectativa de Vida

1.6. Diferenças Regionais em Relação a Indicadores Seleccionados

1.7. Morbidade e Mortalidade Hospitalar

2. AS CONDIÇÕES AMBIENTAIS NO ESTADO

2.1. Recursos Bióticos

2.2. Recursos Hídricos

2.3. Recursos Atmosféricos

3. CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS DO SUS

3.1. Órgãos Gestores

3.1.1. Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente

3.1.2. Secretarias Municipais de Saúde

3.2. Instâncias Colegiadas

3.2.1. Comissão Intergestores

3.2.2. Conselhos de Saúde

3.2.2.1. Conselho Estadual de Saúde

3.2.2.2. Conselhos Regionais de Saúde

3.2.2.3. Conselhos Municipais de Saúde

3.2.3. Conferências de Saúde

3.2.4. Conselho Estadual do Meio Ambiente

3.3. Modelo de Gestão no SUS

3.3.1. A Gestão do SUS em Nível Estadual

3.3.2. Análise do Processo de Municipalização da Saúde no Estado

3.4. Modelo de Atenção à Saúde

3.4.1. Descentralização

3.4.1.1. Delegacias Regionais de Saúde

3.4.1.2. Regionalização da Saúde e Consórcios Intermunicipais

- 3.4.2. Ações Programáticas da SSMA
 - 3.4.2.1. Doenças / Agravos Prioritários
 - 3.4.2.2. Programas Especiais
 - Programas de Agentes Comunitários
 - Programas de Saúde da Família
 - Programa PIÁ-2000
 - Programa de Controle de Infecção Hospitalar
 - Programa de Assistência Complementar
 - Programa de Doação de Órgãos e Transplantes
 - 3.4.2.3. Sistemas Especiais
 - Sistema de Vigilância Epidemiológica
 - Sistema de Vigilância Sanitária
 - Sistema de Sangue e Hemoderivados
 - Centro de Informações Toxicológicas
- 3.4.3. Programação Pactuada Integrada
- 3.4.4. Atenção ao Meio Ambiente
- 3.4.5. Saneamento Básico
- 3.4.6. Ações Regionais da Fundação Nacional de Saúde
- 3.4.7. Ações do Escritório de Representação do Ministério da Saúde
- 3.5. *Infraestrutura*
 - 3.5.1. Recursos Humanos
 - 3.5.2. Rede de Unidades Assistenciais do SUS/RS
 - 3.5.2.1. Sistema Ambulatorial
 - 3.5.2.2. Sistema Hospitalar
 - 3.5.2.3. Sistema de Alto Custo/Alta Complexidade
 - 3.5.2.4. Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública
 - 3.5.3. Recursos Financeiros
 - 3.5.3.1. Aspectos Gerais do Financiamento no SUS
 - 3.5.3.2. Recursos Transferidos pela União
 - Convênios
 - REFORSUS
 - 3.5.3.3. Recursos destinados ao Setor Saúde e Saneamento no Orçamento Estadual
 - Orçamento da SSMA para 1997
 - 3.5.3.4. Análise dos recursos municipais
- 3.6. *Sistemas de Apoio Estratégico*
 - 3.6.1. Apoio Administrativo
 - 3.6.2. Sistema de Informações em Saúde
 - 3.6.3. Sistema Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria
 - 3.6.4. Produção de Insumos
 - Medicamentos
 - Imunobiológicos
 - 3.6.5. Desenvolvimento de Recursos Humanos
 - 3.6.6. Comunicação Social e Educação em Saúde
 - 3.6.7. Ciência e Tecnologia em Saúde
 - 3.6.8. Programa de Qualidade

VOLUME 2

V - PROPOSTAS DE AÇÃO

ANEXOS

DOCUMENTOS CONSULTADOS

APRESENTAÇÃO

Germano Mostardeiro Bonow*

O Plano Estadual de Saúde e Meio Ambiente tem por objetivo formalizar e detalhar as Diretrizes da Política Estadual de Saúde e Meio Ambiente, (áreas de absoluta prioridade do Governo do Estado).

Para sua elaboração concorreram várias instituições deste Estado, sob a coordenação da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul (SSMA).

O presente documento abrange o período 1997/2000, projeção possível pela estabilidade alcançada no país, pela confiança nas ações de longo prazo que visam a mudar o perfil de saúde e a conjuntura ambiental no Estado.

É destacado o papel da SSMA enquanto Gestora Estadual do Sistema Único de Saúde, sistema este criado pela Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde, Lei 8080/90 e Lei 8142/90.

Pela Constituição de 1988 as diretrizes do SUS, particularmente no que se refere à universalidade de acesso, à integralidade da assistência, à equidade, à descentralização político-administrativa e à participação da comunidade são fundamentais para o desenvolvimento da política de saúde. O Plano mostra a ênfase conferida à descentralização inclusive, através da formação de consórcios intermunicipais e o apoio às instâncias colegiadas da comunidade, representadas sobretudo pelos Conselhos de Saúde em seus vários níveis.

O Plano Estadual de Saúde e Meio Ambiente não é uma declaração de intenções. É um caminho viável para a ação. Representa o compromisso com o Rio Grande que cresce no horizonte de nossas melhores expectativas.

* Secretário da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul.

I - INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde e Meio Ambiente abrange o período de 1997 - 2000 e tem por objetivo traçar as diretrizes da Política de Saúde e Meio Ambiente no Estado, estabelecendo, com base no diagnóstico do setor, as prioridades, estratégias e metas de ação da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente que deverão orientar a programação e avaliação das atividades.

Deverá ser instrumento de referência para a elaboração das Diretrizes Orçamentárias do setor, e constituir-se em subsídio orientador aos Planos Municipais e Regionais de Saúde e Meio Ambiente.

A elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde é atribuição de União, Estados, Distrito Federal e municípios (Lei 8080/90, Art.15, inciso VIII), sendo requisito para habilitação dos Estados à condição de Gestão Avançada e Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde, conforme estabelecido na NOB-SUS 01/96. É condição para o recebimento de recursos do Fundo Nacional de Saúde (Lei 8142/90, Art. 4º) sendo “vedada a transferência de recursos para financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em emergências...” (Lei 8080, Art. 36).

Neste plano se procurou obedecer às orientações emanadas da II Conferência Estadual de Saúde, realizada em julho de 1996, e as diretrizes e princípios Constitucionais. Ao elaborá-lo, a Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente colocou-se em um duplo papel: o de gestor do Sistema Estadual de Saúde e o de gerente de uma instituição prestadora de serviços para este mesmo sistema.

O documento analisa a situação atual das condições de saúde e meio ambiente e da organização do Sistema Único de Saúde no Estado. Apresenta as propostas de intervenção sobre os problemas diagnosticados, contemplando as ações de execução e gerência de serviços e de gestão do Sistema Estadual de Saúde, definindo os objetivos e metas a serem alcançadas.

O conceito de saúde, orientador do trabalho realizado, considera “a saúde como resultante das condições de alimentação, habilitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, conforme definido na VIII conferência Nacional de Saúde e referendado pela IX e X Conferência Nacional.

A ampla discussão deste documento nos Conselhos Municipais, Regionais e Estadual de Saúde será garantia de sua atualização permanente e adequação às necessidades da população.

II - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE

A organização e funcionamento do SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, é regulamentada por legislação própria que define as diretrizes, princípios e competências a serem seguidos em sua implementação.

A Constituição Federal estabelece, no Artigo 196, que “a Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e reabilitação”. No Artigo 198 é definido que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um Sistema Único, organizado com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- III - participação da comunidade.”*

A Lei 8080/90 que regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, estabelece no Art. 7º, os seguintes princípios ao SUS:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;*
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema;*
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;*
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;*
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;*
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;*
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;*
- VIII - participação da comunidade;*
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:*
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;*
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;*
- X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;*
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, na geração de serviços de assistência à saúde da população;*
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;*
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos”.*

A Lei 8080/90 estabelece ainda, as competências comuns e específicas às esferas federal, estadual e municipal de governo e no Art. 17 define as competências da direção Estadual do Sistema Único de Saúde, reafirmadas pela Constituição Estadual.

Conforme definido no Plano Plurianual do Estado o eixo principal da política estadual de saúde é a municipalização, com a regionalização dos serviços. Os Pólos Regionais de Saúde são estruturas que buscam apoiar o processo de municipalização garantindo a atenção integral à saúde da população, através do desenvolvimento de uma rede hierarquizada de serviços hospitalares, ambulatoriais especializados e de apoio à rede ambulatorial básica. Este modelo, além de permitir o uso racional de recursos e a assistência à saúde mais próxima da população, facilitando a participação da comunidade no controle social do sistema, respeita o comando único em cada nível de governo.

A responsabilidade e competência pela execução das ações e serviços de saúde é do município, que assume a efetiva gestão dos serviços e ações que se desenvolvem em seu território, com cooperação técnica do Estado e da União e aporte financeiro das três esferas. Ao Estado cabe a função de coordenador do sistema estadual nas ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, áreas estas que englobam, entre outras, a coordenação da política de alto custo/alta complexidade, da assistência complementar, dos sistemas de referência estaduais e regionais, da vigilância sanitária e epidemiológica, das ações de saúde do trabalhador, das ações de nutrição, do sistema de informações em saúde e do plano de investimentos, promovendo a articulação interinstitucional e, obrigatoriamente, intermediando as negociações gestor a gestor.

A SSMA propõe também, como diretriz, a reestruturação de seus programas de assistência à saúde, assumindo seu papel de órgão normativo e supervisor. O enfoque programático está sendo desenvolvido através da definição de prioridades segundo critérios epidemiológicos e político-administrativos. As necessidades sentidas da população deverão ser compatibilizadas e integradas à proposta, com avaliação dos resultados em termos de impacto sobre a saúde da população. As ações programáticas integram-se aos programas especiais, referentes à saúde da família e agentes comunitários de saúde.

A retomada do trabalho baseado em indicadores epidemiológicos e nas necessidades da população introduz um elemento novo na área de assistência ambulatorial e hospitalar: a integração programática. A área de assistência, dedicada quase que exclusivamente à gerência financeira do SUS, começa a incorporar dados do diagnóstico da situação de saúde na organização da rede de prestadores de serviços e na programação de atividades, para que os serviços oferecidos tenham qualidade, respeitem os princípios da universalidade, equidade, integralidade e o perfil epidemiológico da região a que servem. Do mesmo modo, a área tradicional de programas de saúde pública, com atividade principalmente nas áreas de promoção e prevenção, integra-se à rede assistencial, em busca da atenção integral à saúde.

Outra diretriz fundamental diz respeito às questões de infraestrutura. Os recursos humanos, deverão ser capacitados para assumir o novo papel que o Estado e os municípios devem exercer. A formação de recursos humanos em saúde, que vem sendo realizada há 34 anos na SSMA, deve ser incrementada com ênfase nas questões gerenciais, ponto crítico na ação do SUS. O incentivo à formação de médicos de família e agentes comunitários de saúde é essencial ao êxito do modelo de atenção proposto, fundamentado na informação e na educação em saúde.

A recuperação da rede física ambulatorial e hospitalar, a complementação de equipamentos e a provisão de medicamentos básicos e outros insumos é papel fundamental do gestor estadual, em parceria com as Prefeituras, proporcionando infraestrutura para a implantação do sistema de saúde.

Internamente, faz-se necessária a revisão dos processos de trabalho, com a finalidade de otimizar os recursos existentes, estabelecendo fluxos mais ágeis para o atendimento das necessidades intersetoriais, o que colaborará para a melhoria da dinâmica de trabalho de cada setor, refletindo-se na eficiência e na eficácia da Secretaria como um todo.

Considerando insuficientes os recursos financeiros para o setor, a SSMA apóia as iniciativas federais que procuram incrementar as fontes de financiamento para a saúde. O Estado assume sua co-responsabilidade destinando 10% da receita tributária líquida para a saúde, transferindo recursos do orçamento estadual aos municípios, como fator de estímulo à municipalização e desenvolvendo ações de saúde, saneamento, meio ambiente e assistência médica através de vários órgãos estaduais além da SSMA.

As ações referentes ao Meio Ambiente em sua interface com a saúde, têm por base a Lei Federal 8080/90, que inclui no campo de atuação do SUS a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico e a colaboração na proteção do meio ambiente.

A Lei 8080/90 aponta o saneamento básico e o meio ambiente como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, ressaltando como um dos princípios do SUS a integração dessas áreas, em nível executivo, articulando suas políticas e programas. Neste sentido, o acompanhamento, a avaliação e a divulgação do nível de saúde e das condições ambientais são atribuições comuns aos três níveis de governo.

A Constituição Estadual reafirma os princípios legais federais colocando o meio ambiente como um bem de uso comum do povo, sendo a manutenção de seu equilíbrio essencial à sadia qualidade de vida. A Lei Estadual 10330, de 27/12/94, dispõe sobre a organização do Sistema Estadual de Proteção Ambiental (SISEPRA) que tem por objetivo a elaboração, implementação e controle da política ambiental do Estado.

O Conselho Estadual do Meio Ambiente, através da Câmara Técnica provisória de Política Estadual do Meio Ambiente e em consonância com os preceitos constitucionais e a legislação vigente, apresentou uma proposta de Política de Meio Ambiente para o Estado do Rio Grande do Sul, destinada a orientar as ações dos órgãos e entidades que integram o Sistema Estadual do Meio Ambiente, em discussão junto ao Conselho Estadual do Meio Ambiente.

A proposta desta política contempla objetivos permanentes de longo prazo e prioritários de curto prazo, em função de situações críticas já detectadas. Os objetivos são:

- compatibilizar o desenvolvimento econômico-social, com preservação e conservação da qualidade ambiental e do equilíbrio ecológico, embasado no respeito à natureza e ao ser humano;
- definir áreas prioritárias de ação governamental relativas à qualidade ambiental e equilíbrio ecológico, atendendo aos interesses do Estado, de Regiões e de Municípios;

- manter, através dos órgãos competentes do Poder Executivo, o controle e a fiscalização permanente das atividades potencial ou efetivamente poluidoras, de modo a compatibilizá-las com os critérios vigentes de proteção ambiental;
- disciplinar o uso dos recursos hídricos estaduais, integrando o Sistema Estadual de Proteção Ambiental com o Sistema Estadual de Recursos Hídricos, na busca de soluções conjuntas que compatibilizem os usos e a conservação dos recursos hídricos;
- promover a implantação de programa permanente de pesquisa sobre a situação do meio ambiente no Rio Grande do Sul, que fundamente diagnósticos ambientais periódicos, alicerçados em metodologia adequada, cujos resultados deverão merecer ampla divulgação;
- difundir tecnologias de manejo do meio ambiente, promovendo o desenvolvimento de uma consciência sobre a necessidade de preservação da qualidade ambiental do equilíbrio ecológico;
- desenvolver pesquisas e tecnologias orientadas para o uso sustentável dos recursos ambientais, no contexto dos planos regionais ou setoriais de desenvolvimento industrial e agrícola;
- fomentar o desenvolvimento de programas de coleta de dados em bacias representativas dos principais ecossistemas e bacias urbanas, a realização de estudos experimentais dos processos hidrológicos urbanos e rurais e pesquisas tecnológicas de equipamentos adequados para pequenas bacias.

O Plano Plurianual para o período 1996/1999, estabeleceu as seguintes diretrizes para as ações da Fundação Estadual de Proteção ao Meio Ambiente:

- planejamento da qualidade ambiental através da elaboração de diretrizes ambientais e padrões de qualidade;
- diagnóstico e monitoramento da qualidade ambiental;
- conservação ambiental pela avaliação de impacto ambiental;
- controle da poluição industrial, extrativa e não industrial;
- infraestrutura: mudança da sede, ampliação da rede de monitoramento da qualidade do ar, capacitação laboratorial e regionalização;
- desenvolvimento de programas e projetos para planejamento, preservação e monitoramento da qualidade ambiental;
- desenvolvimento de pesquisa para o diagnóstico ambiental.

Estas diretrizes foram formuladas a partir das atribuições da FEPAM, bem como da criticidade dos problemas ambientais detectados no Estado do Rio Grande do Sul, problemas estes que por sua abrangência e complexidade terão sua solução num horizonte temporal que extrapolará o período previsto para este Plano Estadual de Saúde e Meio Ambiente (1997/2000).

Externamente a SSMA, buscará a integração cada vez maior de ações com os setores afins à saúde e ao meio ambiente, desenvolvidas através dos demais órgãos estaduais, já definidas no Plano Plurianual e que tem como propósito principal a melhoria da qualidade de vida da população do estado do Rio Grande do Sul.

(Arq. INTRODU.DOC)

III - CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL *

O Estado do Rio Grande do Sul com área de 282.674 km² possui hoje uma população de 9.468.124 habitantes distribuídos em 467 municípios, que serão acrescidos em mais 30 municípios a partir de 01/01/98, residindo principalmente em áreas urbanas (78%) (IBGE, PNAD, 1993). É tradicionalmente reconhecido como o estado brasileiro onde se desfruta de melhor qualidade de vida e pode-se constatar essa informação através do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) proposto pela ONU, o qual considera três indicadores para sua formação: esperança de vida ao nascer, taxa de alfabetização e PIB per capita. Contudo, deve-se ressaltar que seu PIB per capita, assim como a renda domiciliar per capita, vem caindo com relação a 1980, indicando uma deterioração de um patamar já alcançado.

A população do Estado vem crescendo a uma taxa de 1,48%, bem inferior à taxa brasileira, que era de 1,93% em 1980 e apresenta uma taxa de fecundidade de 2,49, também inferior ao resto do país que foi de 3,46 em 1991 (IBGE). A esperança de vida ao nascer no Estado é de 70,5 anos, considerando-se ambos os sexos, ao passo que para o conjunto da população brasileira essa expectativa reduz-se para 66 anos. A estrutura etária da população gaúcha está apresentada na Tabela 1.

Essa população encontra-se ocupada da seguinte forma: 31% no setor produtivo primário; 23% no secundário; e 46% no setor terciário. Ressalte-se que o setor primário vem perdendo participação no total da população produtiva ao passo que o setor terciário foi acrescido em 5%, no período de 1980 a 1993.

No que se refere à produção, o setor primário participa com 11% do PIB do RS; o secundário com 36% e o terciário com 53% sendo que o PIB per capita gaúcho é de US\$ 3.804 (1992) em contrapartida ao brasileiro que é de US\$ 2.908.

Entretanto, com relação aos rendimentos auferidos individualmente, pode-se constatar uma renda média mensal muito baixa (69% da população dispõe de até três salários mínimos mensais) e uma elevada concentração de renda: 28% dos gaúchos recebe até 1 salário mínimo mensal, detendo 6% da renda total; no outro extremo, 7% da população auferem mais de 10 salários mínimos e detém 40% de todos os rendimentos (Tabela 2).

Em 1993, 23% da população ainda não estava abastecida pela rede de água e apenas 9 % estava servida pela rede coletora de esgotamento sanitário. (PNAD, 1993). Em 1991 (IBGE), 88,04% dos domicílios contavam com serviços sanitários e 67,7% com serviços de coleta de lixo.

Com relação aos indicadores educacionais o Rio Grande do Sul apresenta um perfil bem superior ao restante do país. O número de analfabetos, por exemplo, caiu de 17% da população total, em 1980, para 13% em 1990, mas ainda é alto (mesmo que, no Brasil, esse percentual suba para 23%). Essa proporção apresenta uma tendência positiva

*Esta breve caracterização foi elaborada por Mercedes Rabelo, socióloga da Fundação de Economia e Estatística (FEE), que utilizou informações do IBGE (PNAD de 1993) e do Núcleo de Contas Regionais e Núcleo de Sistematização de Indicadores da FEE.

visto que a taxa de evasão do primeiro grau, que era de 8,8% em 1985, caiu para 7,4% em 1990.

Pode-se apontar ainda que, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Social construído pela FEE, há uma concentração especial dos municípios com piores indicadores na parte Sul do Estado (Litoral, Serra do Sudeste, Campanha e Depressão Central) e dos melhores no Nordeste do Estado e na Região Metropolitana.

O RS apresenta uma situação privilegiada em relação ao restante do país com indicadores sociais mais favoráveis e com comportamento ascendente. Entretanto, tendo em vista a redução dos gastos governamentais estaduais na área social, associado à tendência à concentração de renda, esse quadro poderá reverter-se brevemente, ao esgotarem-se os efeitos inerciais das políticas implementadas anteriormente.

(Arq. CARACTESE.DOC)

**Tabela 1 - População do Rio Grande do Sul por Sexo e Faixa Etária,
Estimativa para 1995**

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1 Ano	94.997	91.749	186.746
1	93.050	89.956	183.006
2	97.172	92.936	190.108
3	93.938	90.702	184.640
4	93.438	89.777	183.215
5 a 9	499.987	480.689	980.676
10 a 14	477.542	461.392	938.934
15 a 19	417.858	414.429	832.287
20 a 24	407.410	411.072	818.482
25 a 29	420.326	436.088	856.414
30 a 34	390.819	402.502	793.321
35 a 39	341.503	356.076	697.579
40 a 44	290.277	298.367	588.644
45 a 49	226.356	237.556	463.912
50 a 54	189.779	201.717	391.496
55 a 59	158.838	177.766	336.604
60 a 64	134.283	156.974	291.257
65 a 69	95.347	118.075	213.422
70 a 74	65.069	86.703	151.772
75 a 79	40.172	60.155	100.327
> 80 Anos	30.048	55.234	85.282
IGNORADOS	0	0	0
TOTAL	4.658.209	4.809.915	9.468.124

Fonte: Ministério da Saúde, Censo Demográfico/91

Tabela 2 - Rendimento médio mensal, por números de salários mínimos, no Brasil e no RS, 1993.

Classes de Renda Mensal	Brasil			Rio Grande do Sul		
	População N°	População (%)	Total de Rendimentos %	População N°	População (%)	Total de Rendimentos %
até 1 S.M.	25.001.216	37,26	7,99	1.368.917	28,28	5,82
1 a 3 S.M.	24.440.428	36,42	19,89	1.969.511	40,68	20,12
3 a 10 S.M.	13.732.488	20,46	32,33	1.169.430	24,16	33,58
mais de 10 S.M.	3.929.024	5,86	39,79	332.954	6,88	40,48
Total	67.108.155	100,00		4.840.812		

Fonte: IBGE

Banco de Dados: PNAD, 1993.

(arq. TAB2.DOC)

IV - SITUAÇÃO ATUAL DO SETOR SAÚDE E MEIO AMBIENTE

1. AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

1.1. ANÁLISE DOS PRINCIPAIS GRUPOS E CAUSAS DE ÓBITO

O Rio Grande do Sul tem uma situação de saúde próxima, em muitos aspectos, a de regiões ou países desenvolvidos. Vários fatores poderiam explicar este fato; comparado ao país como um todo, o Estado tem uma melhor distribuição de renda, e uma melhor situação no que se refere ao saneamento básico e à rede de prestação de serviços de saúde, ao que se acrescenta a baixa taxa de analfabetismo.

A mortalidade representa um clássico indicador do estado de saúde de uma população. O óbito é um fenômeno único e tem de ser obrigatoriamente registrado, o que facilita a coleta de dados e explica a prioridade conferida aos indicadores de mortalidade no exame de saúde de uma população.

Analisando a evolução dos principais grupos de causas de morte (CID-9), nos últimos 26 anos, no Estado, através da Tabela 3, encontramos que as doenças do aparelho circulatório (doenças cérebro vasculares, doenças isquêmicas do coração,...) mantiveram-se sempre em primeiro lugar, representando 34,3% do total de óbitos em 1995. Esta causa continua sendo significativamente mais alta que a segunda causa, as neoplasias (câncer de pulmão, próstata, mama feminina, colo do útero,...), com 17,4%. No entanto, podemos constatar com o câncer, no período, um sensível aumento de 5,7 pontos percentuais.

O terceiro grupo de causa de óbito é representado pelas doenças do aparelho respiratório (asma, bronquite, enfisema, pneumonia,...) com 12,7%.

Os óbitos provocados por causas externas (homicídios, suicídios, acidentes de trânsito,...) vêm em quarto lugar com 10,4% em 1995. As causas externas assumem o primeiro lugar como causa de mortalidade se considerarmos o número potencial de anos de vida perdidos, que atingiu 228.176,5 anos em 1995. Na Tabela 4, vemos a relação de anos potenciais de vida perdidos pelas principais causas de óbito.

O quinto grupo de causa de óbitos foi o que mais sofreu reduções. As causas mal definidas (parada cardio-respiratória, insuficiência respiratória,...) caíram de 16,1% , em 1970, para 6,1%, em 1995. Isto ocorreu, em grande parte, graças ao trabalho que o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/RS da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente vem realizando no sentido de conscientizar a classe médica da importância do correto preenchimento da Declaração de Óbito. Neste indicador, o percentual de óbitos por doenças mal definidas, quanto mais baixo mais qualidade empresta a um sistema de mortalidade, porque significa que diminuem os atestados mal preenchidos e a morte sem assistência médica. O decréscimo pode refletir, também uma melhora na atenção médica.

As doenças do aparelho digestivo (cirrose, úlceras, colecistites,...) se posicionam em sexto lugar dentre as principais causas de morte no Rio Grande do Sul com 4.8%.

Aparece em sétimo lugar o grupo de doenças endócrinas e imunitárias (diabete, desnutrição,...) com 4,7%. Neste grupo, a partir do ano de 1984, passaram a ser contabilizados também os óbitos por AIDS, síndrome esta que passou a ter uma participação específica dentro do grupo de 31,5% 950 óbitos em 95, (DST/AIDS/SSMA).

Em oitavo lugar encontramos as afecções perinatais (membrana hiliar, hipoxia ao nascer,...) com 2,6%.

Logo a seguir, aparecendo em nono lugar, o grupo das doenças infecciosas e parasitárias (diarréia, desidratação, doenças transmissíveis,...) que em 1970 foram responsáveis pela morte de, aproximadamente, 10 pessoas em cada 100 óbitos. O percentual de óbitos caiu para 2,5% em 1995, decréscimo associado a ações de saneamento ambiental, vacinação e assistência médica.

Os demais grupos de causas de morte, no Rio Grande do Sul, raramente ultrapassam 1,5%.

A constatação final é de que as doenças do aparelho circulatório continuam sendo a principal preocupação na área da saúde pública, seguida das neoplasias que permanecem apresentando crescimento constante. Cabe ressaltar que, particularmente no Rio Grande do Sul, as doenças do aparelho respiratório representam um dos maiores agravos à saúde coletiva, matando mais que as causas externas. Em níveis inferiores mas não menos preocupantes, por estarem apresentando crescimento, estão as doenças do aparelho digestivo e as endócrinas/imunitárias.

Encontramos na Tabela 5 uma avaliação mais específica da mortalidade, discriminando, dentro dos grupos, as doenças mais freqüentes como causa de óbito. Como se pode observar, as cardiopatias isquêmicas (infarto agudo do miocárdio) e doenças cérebro vasculares (derrames) são as doenças que mais matam os gaúchos, com coeficientes específicos de 80,9/100.000, a primeira, e de 79,3/100.000, a segunda. Estes dados refletem a necessidade de programas específicos de prevenção e diagnóstico precoce, visto que, em conjunto, representam 23,4% do obituário rio-grandense. Ênfase especial, também deve ser dada ao câncer de pulmão que, isolado, mata mais que dois tipos de violência: os acidentes de trânsito e os homicídios.

(arq. SITSAU.DOC)

Tabela 3 - Evolução da Mortalidade Proporcional por Principais Grupos de Causas
Rio Grande do Sul, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994 e 1995

GRUPOS DE CAUSA	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
VII - APARELHO CIRCULATÓRIO	30,1	33,5	34,6	35,5	35,0	34,9	35,1	33,8	34,0	34,3
II - NEOPLASMAS	11,7	12,6	14,0	15,8	16,3	17,9	17,7	17,4	17,9	17,4
VIII - APARELHO RESPIRATÓRIO	9,4	9,0	10,1	10,1	12,1	10,5	11,2	12,7	12,5	12,7
XVII - CAUSAS EXTERNAS	6,8	9,0	9,5	10,1	10,8	11,1	10,4	9,9	10,2	10,4
XVI - MAL DEFINIDAS	16,1	12,7	10,2	9,0	8,0	7,1	7,0	6,9	6,5	6,1
IX - APARELHO DIGESTIVO	2,9	2,9	3,7	3,9	4,3	4,6	4,7	4,7	4,6	4,8
III - ENDÓCRINAS/ IMUNITÁRIAS	2,9	2,5	2,5	3,0	2,1	3,7	3,7	4,5	4,2	4,7
XV - PERINATAIS	4,3	4,9	4,9	4,3	3,0	3,0	2,8	2,6	2,8	2,6
I - INFECTO PARASITÁRIAS	9,7	7,0	4,7	3,5	2,8	2,8	2,7	2,8	2,8	2,5

Fonte: NIS/ASSTEPLAN/SSMA

Tabela 4 - Anos potenciais de vida perdidos (APVP) em relação às principais causas de óbito, RS, 1995

PRINCIPAIS CAUSAS	APVP
Causas Externas	228.176,50
Doenças do Aparelho Circulatório	142.063,00
Neoplasias	111.515,00
Doenças do Aparelho Respiratório	97.351,50
Doenças Infeciosas e Parasitárias	42.352,00
Doenças do Aparelho Digestivo	40.405,00

Fonte: NIS/ASSTEPLAN/SSMA

Tabela 5 - Mortalidade Geral pelas Principais Causas, Rio Grande do Sul, 1992 a 1995

CAUSAS	COEFICIENTE POR 100.000 HABITANTES				1995	
	1992	1993	1994	1995	NÚMERO ABSOLUTO	% EM RELAÇÃO AO TOTAL DE ÓBITOS (TODAS AS CAUSAS)
Doença Isquêmica do Coração (CID 410 - 414)	79,7	81,7	80,46	80,93	7663	11,8
Doença Cerebrovascular (CID 430 - 438)	80,4	79,3	79,05	79,33	7511	11,6
DPBOC (CID 490 - 496)	35,1	44,4	40,88	43,99	4165	6,4
Afecções Mal Definidas (CID 780 - 799)	45,6	47,5	43,63	41,40	3920	6,1
Insuficiência Cardíaca (CID 428)	34,3	34,2	31,06	38,25	3622	5,6
Pneumonia e Gripe (CIB 480 - 487)	28,3	32,5	27,56	25,95	2457	3,8
Câncer do Pulmão (CID 162)	20,9	21,2	21,59	21,65	2050	3,2
Acidente de Trânsito/Veículo a Motor (CID E810 - E819)	16,6	17,3	19,36	20,54	1945	3,0
Diabete Mellitus (CID 250)	15,2	19,8	16,13	16,82	1593	2,5
Homicídios (CID E960 - E969)	17,0	12,6	14,15	15,08	1428	2,2
Doença Crônica do Fígado e Cirrose (CID 571)	11,3	12,9	12,02	12,49	1183	1,8

Fonte: NIS/ASSTEPLAN/SSMA

Nota: Estas causas representam 58,0% do total de óbitos ocorridos no Rio Grande do Sul.

1.2. MORTALIDADE INFANTIL

O coeficiente de mortalidade infantil (óbitos de crianças menores de um ano por mil nascidos vivos) vem baixando significativamente no RS nas duas últimas décadas (Figura 1). Muitos fatores podem ter influenciado esta expressiva queda, mas sem dúvida a ação dos serviços de saúde teve aí um papel apreciável, sobretudo no que se refere a imunizações, prevenção e diagnóstico da diarreia infecciosa e da infecção respiratória aguda (IRA).

Uma observação deve ser feita quanto à sistemática do cálculo do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) no Estado. Até 1991 utilizou-se como denominador para o referido cálculo a população menor de um ano de idade obtida através do censo demográfico. Nos períodos intercensitários o cálculo baseava-se em estimativas populacionais, reconhecidamente defasadas. A partir de 1º de janeiro de 1992 este erro foi corrigido com a implantação do SINASC, Sistema de Informações sobre Nascimentos, que tornou possível registrar a totalidade dos nascimentos ocorridos. Devido a isto, houve, em 1992 um aumento artificial do CMI, o que não reflete uma elevação do número de óbitos infantis (eles até diminuíram passando de 3.566, em 1991 para 3.518, em 1992). Representa, como foi dito, um Indicador mais preciso.

O CMI pode ser desdobrado nos seguintes componentes; mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias de vida extra-uterina), mortalidade neonatal tardia (7 a 27 dias de vida extra-uterina), mortalidade pós-neonatal (28 dias a 1 ano de vida).

As causas de morte variam conforme o período. A mortalidade neonatal depende da assistência pré-natal e ao parto. A hipóxia de recém-nascido e asfixia ao nascimento, juntamente com a membrana hialina, são responsáveis por, aproximadamente, 40% dos óbitos neonatais. Seguem-se afecções resultantes do crescimento fetal retardado, má nutrição fetal, prematuridade, e septicemia (Tabela 6).

De 1970 a 1975 houve um aumento no coeficiente da mortalidade neonatal precoce, seguido por uma queda não muito acentuada até 1981, quando o coeficiente atingiu 15,0/1000. Daí por diante observou-se novo decréscimo até 1991, chegando a 7,4/1000.

Como foi assinalado, a partir de 1992, o cálculo sofreu modificações com a implantação do SINASC. A variação no coeficiente, de, 7,4/1000, em 1991 para 8,7/1000, em 1992, deve ser entendida apenas como uma correção de valor. (Figura 2)

A mortalidade infantil na fase neonatal tardia apresentou uma significativa redução a partir de 1970. Em 1971, o coeficiente era de 8,1/1000 menores de um ano. Houve um decréscimo lento e gradual para 2,7/1000 nascidos vivos em 1995. (Figura 2)

Em regiões pobres, as principais causas de óbito pós-neonatal são a desnutrição, a doença diarreica e a infecção respiratória aguda. No RS, a doença diarreica diminuiu significativamente como causa de óbito, nos últimos dez anos, provavelmente influenciada pela melhoria nas condições de saneamento básico. Também houve redução dos óbitos por doenças respiratórias. De outra parte, cresceram em importância as causas perinatais. Na Tabela 7 podemos observar a evolução da mortalidade infantil tardia pelas principais causas de 1992 a 1995.

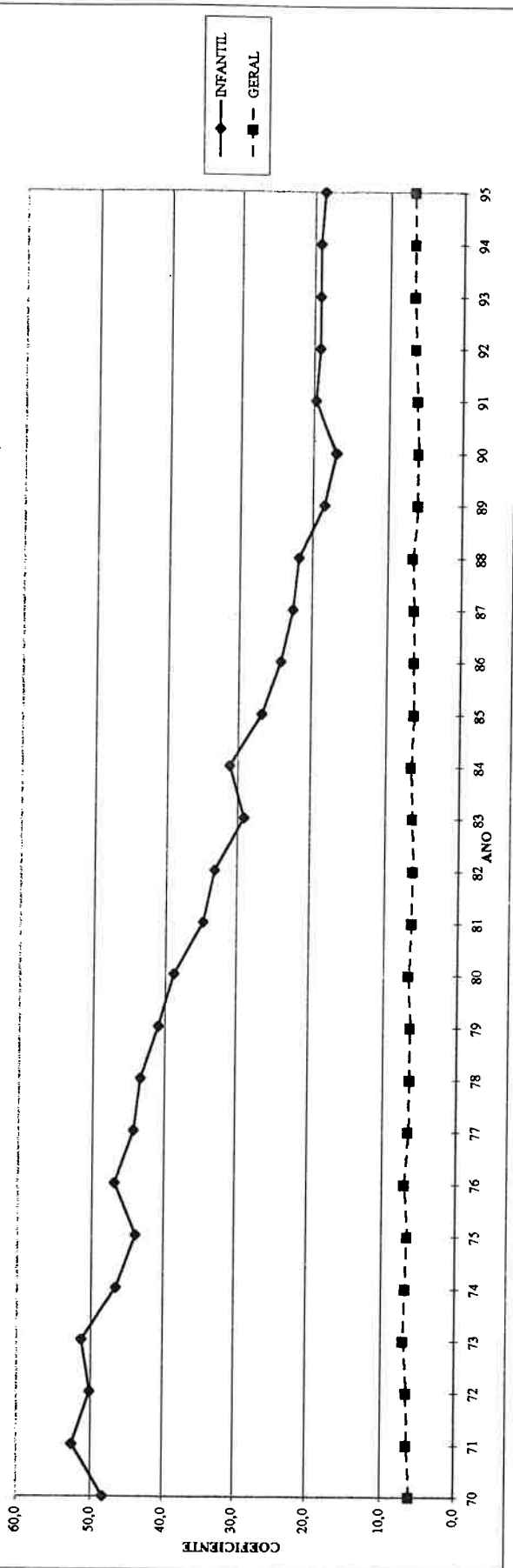
Nos últimos 25 anos inverteram-se os percentuais de mortalidade neonatal e pós-neonatal. (Figura 3). Dentre as crianças com até 4 semanas de vida o

percentual de mortalidade cresceu de 40,2% para 57,5%, enquanto que, para as crianças com idade entre 4 semanas e 1 ano, este percentual caiu de 59,2% para 42,5%. Este fato está a indicar a necessidade de maior atenção aos cuidados pré-natais e ao recém-nascido.

As principais causas da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul estão apresentadas na Tabela 8.

(arq. MORINFAN.DOC)

Figura 1 - Coeficientes de Mortalidade Infantil e Mortalidade Geral Rio Grande do Sul, 1970 - 1995



Fonte: NIS/ASSTEPLAN/SSMA.

Nota: 1970 a 1991 - Cálculos baseados na população menor de 1 ano
1992 a 1995 - Cálculos baseados na população de Nascidos Vivos (SINASC)

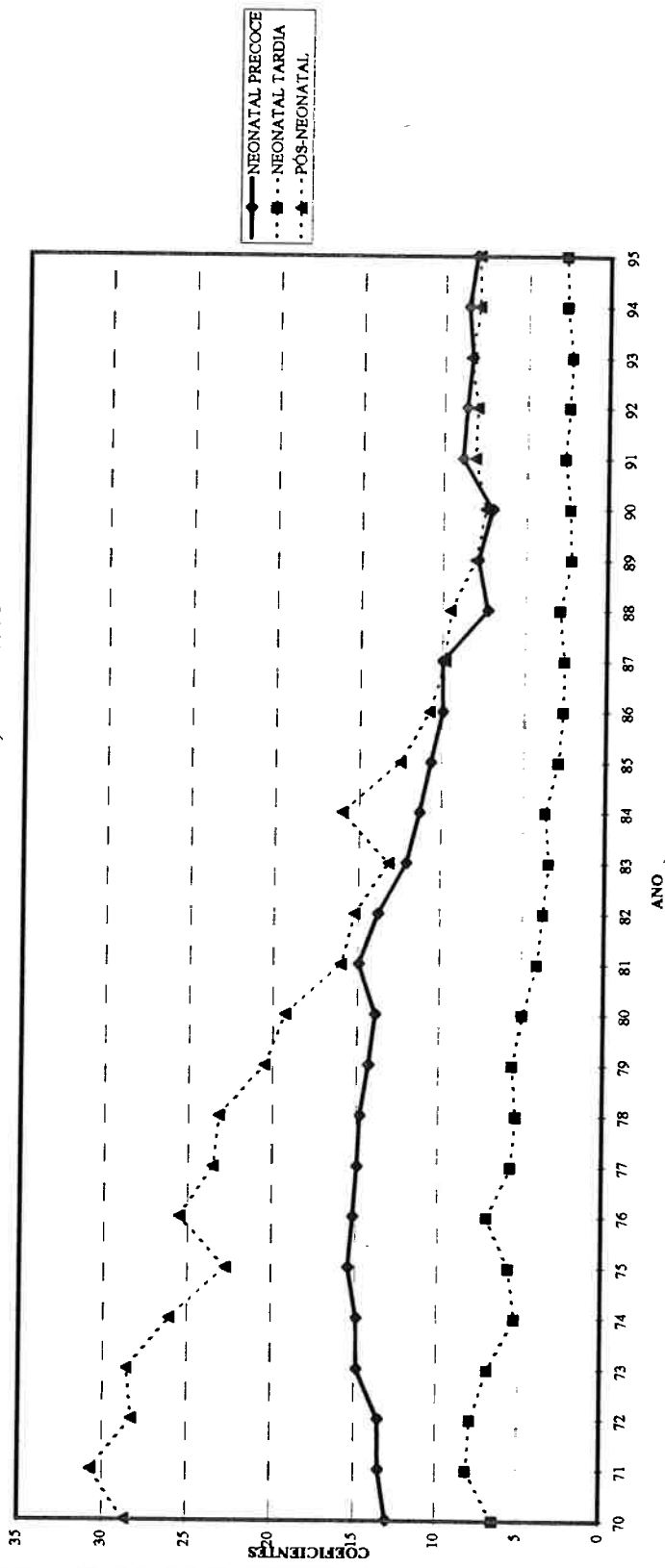
Tabela 6 - Mortalidade Neonatal pelas Principais Causas - Rio Grande do Sul, 1992 a 1995

CAUSAS	COEFICIENTES POR 100.000 NASCIDOS VIVOS				NÚMERO ABSOLUTO	1995	
	1992	1993	1994	1995		% EM RELAÇÃO AO TOTAL DE ÓBITOS MENORES DE 1 ANO	% EM RELAÇÃO AO TOTAL DE ÓBITOS ENTRE 0 E 27 DIAS
Membrana Hialina e Hipóxia ao nascer (CID 768 - 770)	530,0	426,9	477,7	428,1	806	22,9	39,8
Transtornos Nutricionais do recém-nascido e prematividade (CID 764 - 765)	110,0	152,8	171,8	168,9	318	9,0	15,7
Septicemia (CID 771.8)	141,0	121,2	134,7	119,0	224	6,4	11,1
Anomalias do Aparelho Circulatório (CID 745 - 747)	53,7	62,2	62,6	61,1	115	3,3	5,7
Anomalias Congênitas do Sistema Nervoso (CID 740 - 742)	33,4	32,7	35,5	33,5	63	1,8	3,1
Anomalias não Especificadas (CID 759)	43,3	35,9	26,5	32,9	62	1,8	3,1
Afeções Mal Definidas (CID 779 E 780 - 799)	27,4	32,2	35,0	26,6	50	1,4	2,5
Pneumonia e Gripe (CID 480 - 487)	30,1	25,2	24,9	17,0	32	0,9	1,6

Fonte: NIS/ASSTEPLAN/SSMA

Nota: Estas causas representam 82,5% do total de óbitos ocorridos entre 0 e 27 dias de vida.

Figura 2 - Coeficiente de Mortalidade Infantil, Segundo Componentes
Rio Grande do Sul, 1970 - 1995



ANO	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95
NEONATAL PRECOCE	13,0	13,6	14,9	14,9	15,5	15,2	15,0	14,8	14,3	14,0	15,0	13,9	12,1	11,4	10,7	10,0	10,0	7,3	7,9	7,0	7,4	8,7	8,3	8,6	8,1	
NEONATAL TARDIA	6,4	8,1	7,9	6,8	5,3	5,6	6,9	5,6	5,3	5,5	5,0	4,1	3,8	3,5	3,7	2,9	2,7	2,6	2,9	2,3	2,4	2,7	2,5	2,3	2,7	2,7
PÓS-NEONATAL	28,7	30,8	28,3	28,6	26,1	22,7	25,5	23,5	23,2	20,5	19,3	16,1	15,3	13,3	16,1	12,6	10,8	9,9	9,6	8,0	7,4	8,1	8,0	8,4	7,9	7,9

Fonte: NIS/ASSTEPLAN/SSMA

Nota: 1970 a 1991 - Cálculos baseados na população menor de 1 ano
1992 a 1995 - Cálculos baseados na população de nascidos vivos (SINASC)

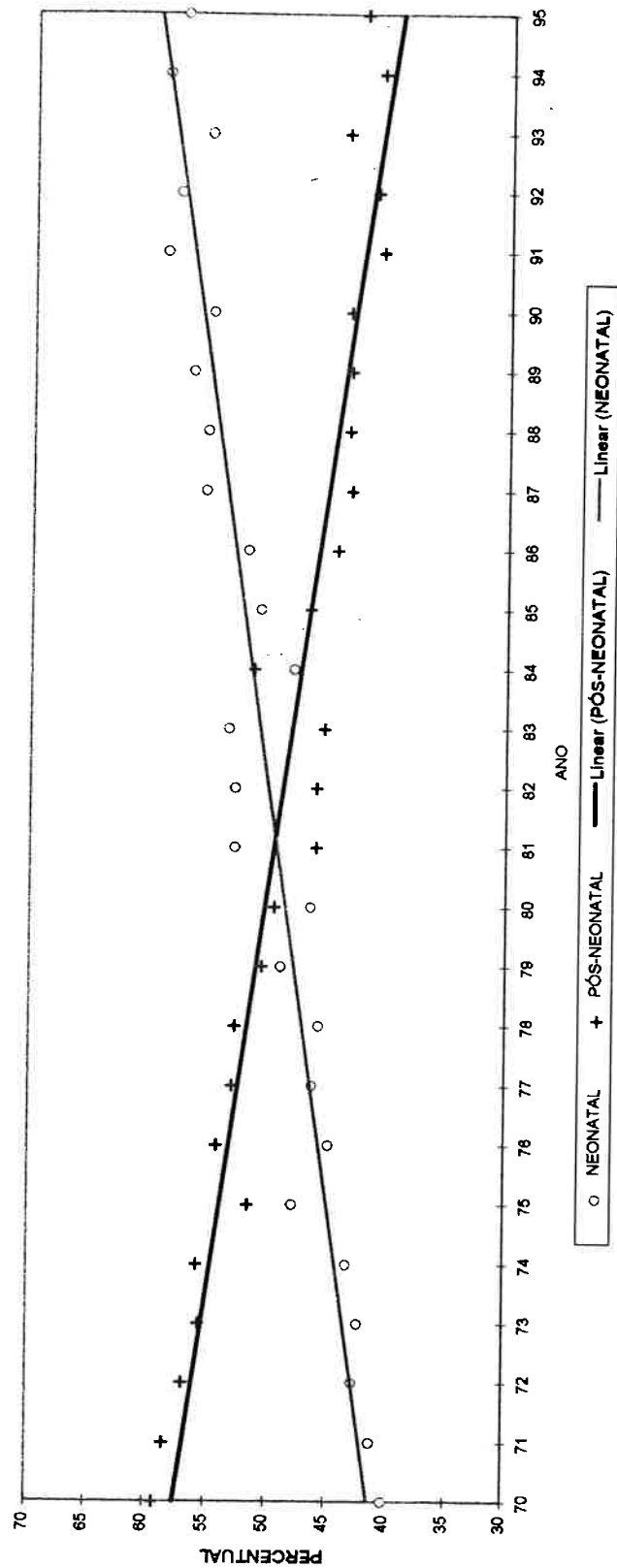
Tabela 7 - Mortalidade Infantil Tardia Pelas Principais Causas - Rio Grande do Sul, 1992 a 1995

CAUSAS	COEFICIENTES POR 100.000 NASCIDOS VIVOS				1995		
	1992	1993	1994	1995	NUMERO ABSOLUTO	% EM RELAÇÃO AO TOTAL DE ÓBITOS MENORES DE 1 ANO	% EM RELAÇÃO AO TOTAL DE ÓBITOS ENTRE 28 DIAS E 1 ANO
Pneumonia e Gripe (CID 480 - 487)	202,6	206,5	193,0	172,6	325	9,2	21,8
Doenças Infecciosas Intestinais (CID 001 - 009)	73,4	79,4	76,4	74,9	141	4,0	9,4
Afecções Mal Definidas (CID 779 E 780 - 799)	75,6	79,4	84,8	63,7	120	3,4	8,0
Anomalias do Aparelho Circulatório (CID745 - 747)	45,4	55,2	61,0	57,4	108	3,1	7,2
Septicemia (CID 038)	79,9	57,4	71,0	47,3	89	2,5	6,0
Aspiração e Sufocação (CID E 911 - E913)	34,0	31,1	29,7	37,2	70	2,0	4,7
Deficiências Nutricionais (CID 260 - 269)	39,4	43,4	37,6	36,1	68	1,9	4,6
Bronquite e Asma (CID 466 E 493)	31,2	35,4	18,6	31,3	59	1,7	4,0
Anomalias Cromossômicas (CID 758)	15,9	19,8	9,0	21,8	41	1,2	2,7
Anomalias Congênitas do Sistema Nervoso (CID 740 - 742)	14,8	23,6	10,6	15,9	30	0,9	2,0
Meningite (CID 320 - 322)	26,8	27,4	14,8	14,9	28	0,8	1,9

Fonte: NIS/ASSTEPLAN/SSMA

Nota: Estas causas representam 72,3% do total de óbitos ocorridos na idade de 28 dias até 1 ano de vida.

**Figura 3 - Tendência Linear da Mortalidade Neonatal e Pós-Neonatal
Rio Grande do Sul, 1970 - 1995**



ANO	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95
NEONATAL	40,2	41,2	42,7	43,3	43,3	47,9	44,9	46,3	46,8	49,0	46,5	52,9	52,9	53,5	48,1	50,9	52,0	55,6	55,5	56,7	55,1	58,9	57,9	55,4	58,9	57,5
PÓS-NEONATAL	59,2	58,4	56,9	55,6	55,8	51,6	54,2	53,0	52,8	50,6	49,6	46,1	46,1	45,5	51,4	46,8	44,5	43,4	43,6	43,5	43,6	41,0	41,5	43,9	41,1	42,5

Fonte: NIS - ASSTEPLAN - SSMA

Tabela 8 - Mortalidade Infantil Pelas Principais Causas - Rio Grande do Sul, 1992 a 1995

CAUSAS	COEFICIENTES POR 100.000 NASCIDOS VIVOS				1995	
	1992	1993	1994	1995	NÚMERO ABSOLUTO	% EM RELAÇÃO AO TOTAL DE ÓBITOS MENORES DE 1 ANO
Membrana Hialina e Hipóxia ao Nascer (CID 768 - 770)	545,3	438,2	491,0	449,9	847	24,1
Septicemia (CID 038 e 771.8)	225,6	189,8	215,3	176,3	332	9,4
Pneumonia (CID 480 - 486)	232,7	225,2	214,7	189,6	357	10,2
Transtornos Nutricionais do recém-nascido e prematuridade (CID 764 - 765)	112,2	162,0	173,9	170,5	321	9,1
Anomalias do Aparelho Circulatório (CID 745 - 747)	99,1	117,4	122,5	118,4	223	6,3
Afecções Mal Definidas (CID 779 e 780 - 799)	104,0	115,3	119,8	90,3	170	4,8
Doenças Infecciosas Intestinais (CID 001 - 009)	79,4	82,6	77,4	77,5	146	4,2
Anomalias Congênitas do Sistema Nervoso (CID 740 - 742)		56,3	45,1	49,4	93	2,6

Fonte: NIS - ASSTEPLAN - SSMA

Nota: Estas causas representam 70,9% do total de óbitos menores de 1 ano de vida.

1.3. MORTALIDADE PROPORCIONAL : INDICADORES ESPECIAIS

Indicador de Nelson de Moraes

Este indicador - mortalidade proporcional por grupos etários - mede a proporção de mortalidade, por todas as causas em quatro grupos de idade definidos. Permite comparação entre populações distintas, assim como análise de evolução temporal. Em sociedades que atingiram boas condições de saúde, o segmento com mais de 50 anos deve ser responsável pelo maior percentual da mortalidade. Na situação oposta, a mortalidade infantil assume maior peso proporcional, indicando precárias condições de saúde pública.

No Rio Grande do Sul podemos observar o traçado da mortalidade proporcional por faixas de idade na Figura 4. O componente infantil diminuiu de 19,8%, em 1970, para 5,4% em 1995, acompanhado pelo aumento da mortalidade no segmento de maiores de 50 anos, de 55,0%, em 1970, para 72,8% em 1995. Nas faixas intermediárias houve também redução da mortalidade (1 a 4 anos e 5 a 19 anos), e verifica-se pequeno aumento de valores da mortalidade na faixa de 20 a 49 anos. (Tabela 9)

A curva de mortalidade proporcional no Estado é do tipo IV, o que caracteriza um nível elevado de saúde. (Figura 4)

b) Indicador de Swaroop e Uemura

Este indicador, razão de mortalidade proporcional para maiores de 50 anos, indica o percentual de óbitos, por todas as causas, no grupo etário de mais de 50 anos. Em condições precárias de saúde a proporção de mortalidade nesse segmento tende a ser menor, devido ao maior peso da mortalidade no grupo infantil. O indicador permite também comparação entre populações, bem como análise de séries temporais.

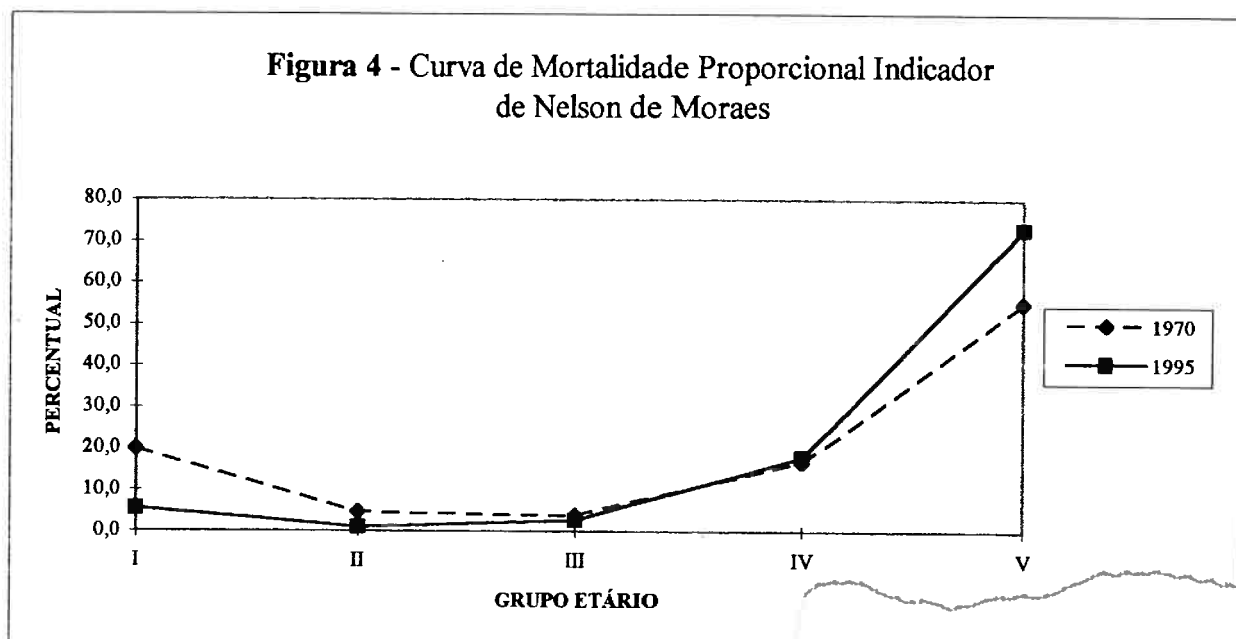
No Rio Grande do Sul (Figura 5) observa-se um aumento da mortalidade no segmento de maiores de 50 anos, de 55,0%, em 1970, para 72,8% em 1995. Este aumento tem ocorrido de forma continuada e constante, expressando uma melhoria das condições de saúde da população.

(arq. MORPROP.DOC)

Tabela 9 - Mortalidade Proporcional Por Grupo Etário - Rio Grande do Sul, 1970, 1980, 1990 e 1995

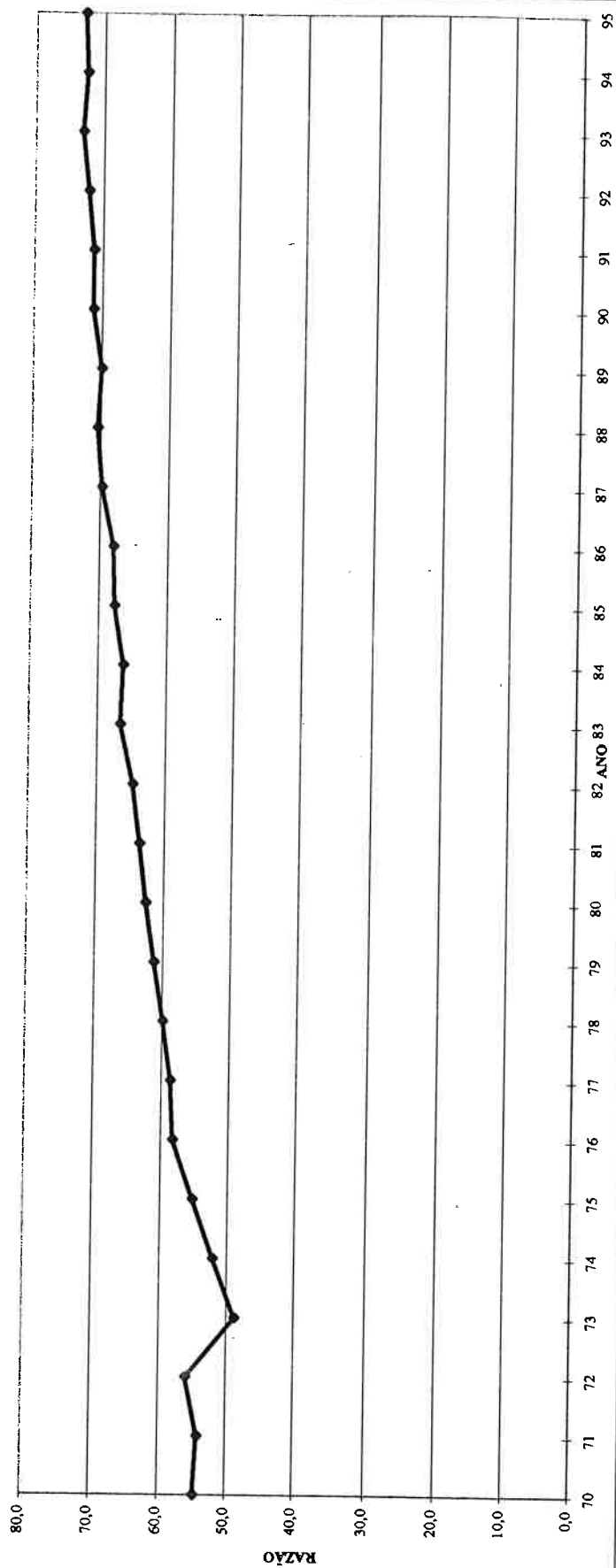
GRUPO ETÁRIO	TIPOS	(Em Percentual)			
		1970	1980	1990	1995
Menor de 1 ano	I	19,8	14,0	6,6	5,4
de 1 a 4 anos	II	4,6	2,2	1,1	1,0
de 5 a 19 anos	III	3,9	3,7	2,9	2,7
de 20 a 49 anos	IV	16,7	17,2	17,8	17,8
50 anos ou +	V	55,0	63,0	71,7	72,8

Fonte: NIS/ASSTEPLAN/SSMA



Fonte: NIS/ASSTEPLAN/SSMA

Figura 5 - Indicador de SWAROOP & UEMURA Razão de Mortalidade Proporcional a partir de 50 anos Rio Grande do Sul, 1970 - 1995



Fonte: NIS/ASSTEPLAN/SSMA

1.4. INDICADORES DE MORBI-MORTALIDADE DE AGRAVOS SELECIONADOS

Doenças Transmissíveis

As doenças transmissíveis representam uma clássica prioridade de saúde pública, não apenas por sua magnitude, como também pelo potencial endêmico-epidêmico e pela possibilidade de prevenção mediante medidas relativamente simples, como os imunizantes. As campanhas de vacinação registraram grandes êxitos, como foi o caso da erradicação da varíola e da poliomielite. Nenhum caso desta última doença foi notificado após 1989; no entanto, como ainda há risco de importação do vírus de regiões onde a poliomielite ainda existe, a vacinação prossegue (Figura 6). A raiva humana está sob controle, não tendo se registrado casos na última década. A seguir, serão apresentados alguns dados referentes às enfermidades transmissíveis para as quais a SSMA têm atividades programáticas.

Houve uma substancial diminuição de casos de doenças evitáveis por agentes imunizantes. A incidência de difteria diminuiu de 16,01 casos/100.000 habitantes em 1970 para 0,22 casos por 100.000 habitantes em 1995 (Figura 7). O risco de morrer pela doença também diminuiu; em 1995 nenhum óbito por esta causa foi registrado. A faixa etária mais atingida hoje é a de maiores de 15 anos.

A partir de 1990, a SSMA adotou a proposta da Organização Panamericana de Saúde, com vistas à eliminação do tétano neonatal, iniciando para tal fim a vacinação de mulheres férteis em áreas de risco. O número total de casos diminuiu de 11, em 1990, para 3, em 1995. Estes três casos resultaram em óbito, dois dos quais sem assistência médica. Quanto ao tétano acidental, a incidência caiu de 2,12/100.000 em 1985 para 1,07/100.000 em 1995. A cobertura vacinal em menores de 1 ano passou de 82,6% em 1985, para 95,6% em 1995. Os programas de vacinação das populações em risco têm contado com o apoio da EMATER, FUNAI, Fundação Nacional de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.

A incidência de coqueluche caiu de 33,82 casos/100.000, em 1985, para 2,5/100.000, em 1995. A cobertura vacinal com vacina tríplice, que também protege contra a difteria e o tétano foi de 95,6%, em 1995 (Figura 8).

O sarampo é uma das doenças imunopreveníveis com maior taxa de incidência. A intervalos de dois a quatro anos tem-se registrado surtos epidêmicos, comumente iniciados na região metropolitana de Porto Alegre. A epidemia de 1990-91, ao contrário, principiou na região do Alto Uruguai. A cobertura vacinal diminuiu gradualmente no período 1985-89, chegando a 65,6%, em 1989. A partir de 1990 a vacinação foi intensificada e elevou-se para 83,1% no final de 1991. Em 1992, a SSMA engajou-se no Plano Nacional de Controle do Sarampo. Com muitas oscilações, a incidência atual (correspondente a 1995) encontra-se em 6,65/100.000, que se pode comparar, por exemplo, com a incidência de 128,4/100.000, em 1986 (Figura 9).

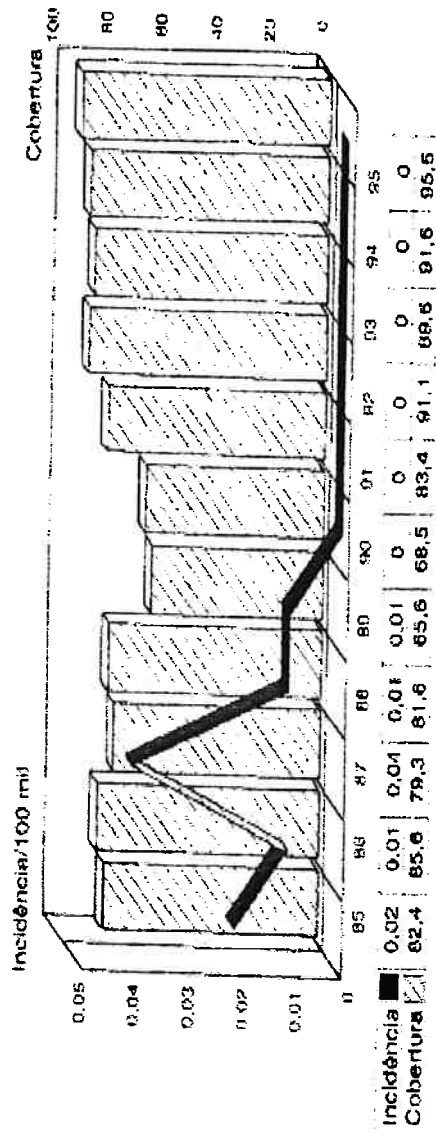
Outras doenças também são objeto da vigilância epidemiológica: rubéola, caxumba, hepatites virais. A vacinação contra o vírus da hepatite B teve início em 1994, para grupos de maior risco - profissionais de saúde, pacientes em diálise, hemofílicos, recém-nascidos de mães portadoras do vírus, comunicantes domiciliares de portadores - e deverá fazer parte do calendário de imunizações em menores de um ano.

A doença meningocócica, que tem características epidêmicas, foi responsável por uma epidemia em vários estados brasileiros em 1974. Em 1995, níveis epidêmicos foram registrados em algumas regiões do Estado, principalmente na Grande Porto Alegre. A letalidade, comparada com surtos anteriores, diminuiu substancialmente. Os casos são causados por meningococos de tipos B e C. Em 1995, procedeu-se à vacinação antimeningocócica C na região da Grande Porto Alegre, havendo diminuição do número de casos tipo C após o processo de vacinação. Com a observação do progressivo aumento na incidência da Doença Meningocócica (meningite meningocócica e meningococemia) com predomínio do Meningococo B nos primeiros meses de 1997, em Porto Alegre e alguns municípios da região metropolitana, procedeu-se a nova vacinação com a vacina antimeningocócica B/C, de origem cubana, com o objetivo de diminuir a incidência da doença.

Em Porto Alegre, até a semana epidemiológica 25 de 1997, ocorreram 23 casos, e no mesmo período do ano anterior (1996) ocorreram 13 casos.

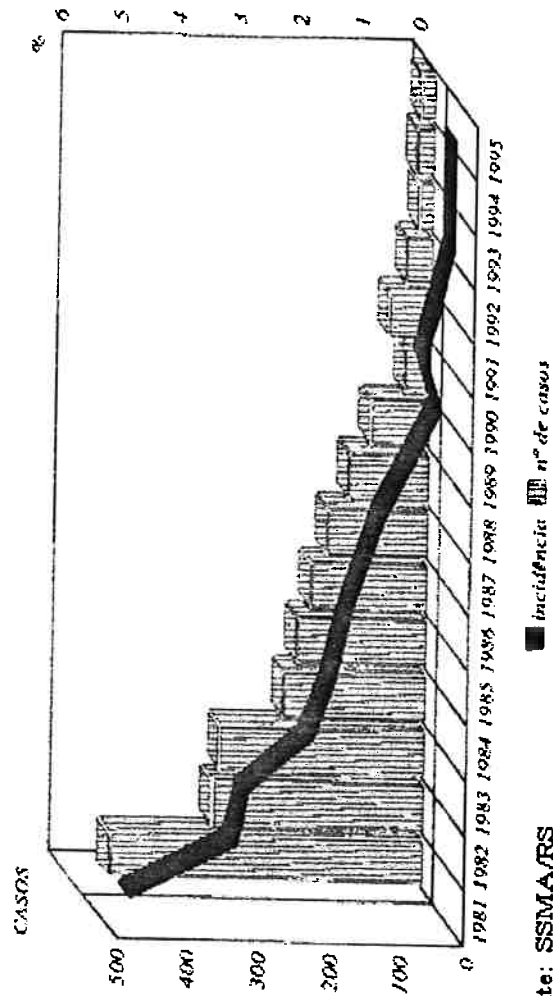
(arq. INDMORB.DOC)

Figura 6 - Poliomielite, Incidência e Cobertura Vacinal em Menores de 1 ano, 1985 - 1995, RS



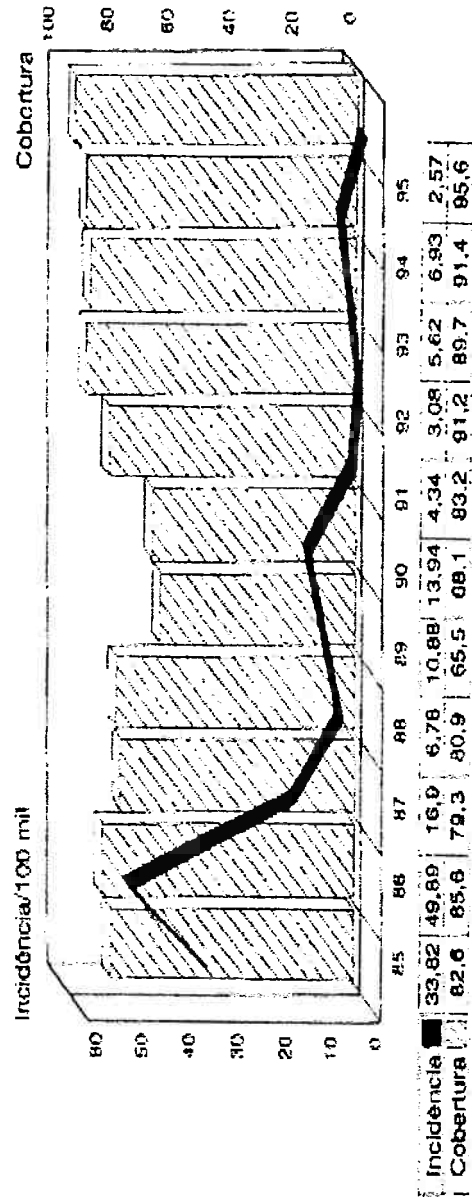
Fonte: SSMA/RS

**Figura 7 - Difteria, Casos Notificados e Incidência por 100.000 hab.
Rio Grande do Sul, 1981 - 1995**



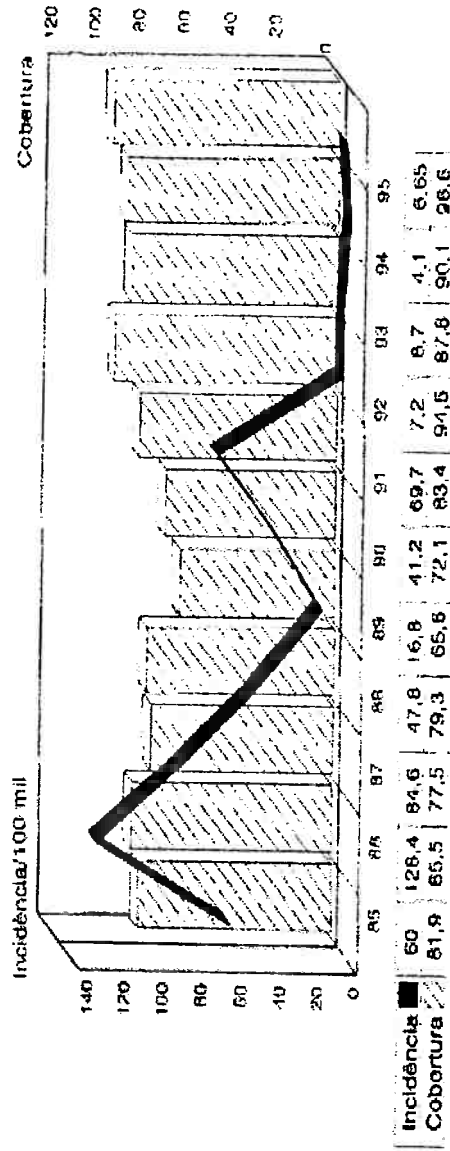
Fonte: SSMA/RS

Figura 8 - Coqueluche, Incidência e Cobertura Vacinal em Menores de 1 ano, 1985 - 1995, RS



Fonte: SSM/RS

Figura 9 - Sarampo, Incidência e Cobertura Vacinal em Menores de 1 ano, 1985 - 1995, RS



Fonte: SSMA/RS

Intoxicações humanas

Do total de 11206 solicitações atendidas pelo Centro de Informações Toxicológicas em 1995, 83% se referiram à intoxicação humana (9291 casos). Destas, 26% foram ocasionadas por medicamentos e 27% por animais peçonhentos. (Quadro 1). Foram atendidas, também, 779 solicitações referentes a pesticidas agropecuários. Os casos concentram-se na área de abrangência da 1ª DRS (232 casos), e na 2ª, 3ª, 4ª, 5ª e 13ª DRS, todas com mais de 50 casos registrados. (Figura 10). Os pesticidas agropecuários, apesar de contribuírem com apenas 8% do total de casos em 1995, foram responsáveis pelo maior número de óbitos (21 casos), o que representou 43% do total de óbitos registrados. (Quadro 2).

O estudo dos motivos das intoxicações humanas, no ano de 1995, mostrou que 65,4% dos casos foram acidentais; 15,5% por tentativa de suicídio; 11,1% ocupacionais e 7,9% a outros motivos. (Quadro 3). As faixas etárias mais atingidas são as crianças (1 a 5 anos), com 29% dos casos e os adultos (mais de 35 anos), com 23%, mostrando a importância de um trabalho preventivo de saúde junto a estes grupos etários. (Figura 11).

A distribuição do total de casos de intoxicação humana por Delegacia Regional de Saúde mostra que a 1ª DRS (Porto Alegre) apresenta o maior número de casos (47%), seguida da 3ª DRS (Pelotas), com 7,6%, da 2ª DRS (Porto Alegre), com 6,8% e da 5ª DRS (Caxias do Sul), com 6,6% dos casos, (Figura 12, Quadro 4).

Com o objetivo de diminuir a morbimortalidade por acidentes tóxicos no Estado, o Centro Informações Toxicológicas planeja ampliar as campanhas de prevenção, buscando cobrir a faixa etária mais atingida, abaixo dos dez anos de idade, e a área ocupacional, principalmente aquela relacionada à agropecuária (acidentes com animais peçonhentos e agrotóxicos). Neste sentido é importante a descentralização do programa, disponibilizando antídotos aos municípios com maior prevalência de acidentes tóxicos e a manutenção de programas conjuntos em especial no que se refere aos problemas relacionados a drogas de abuso.

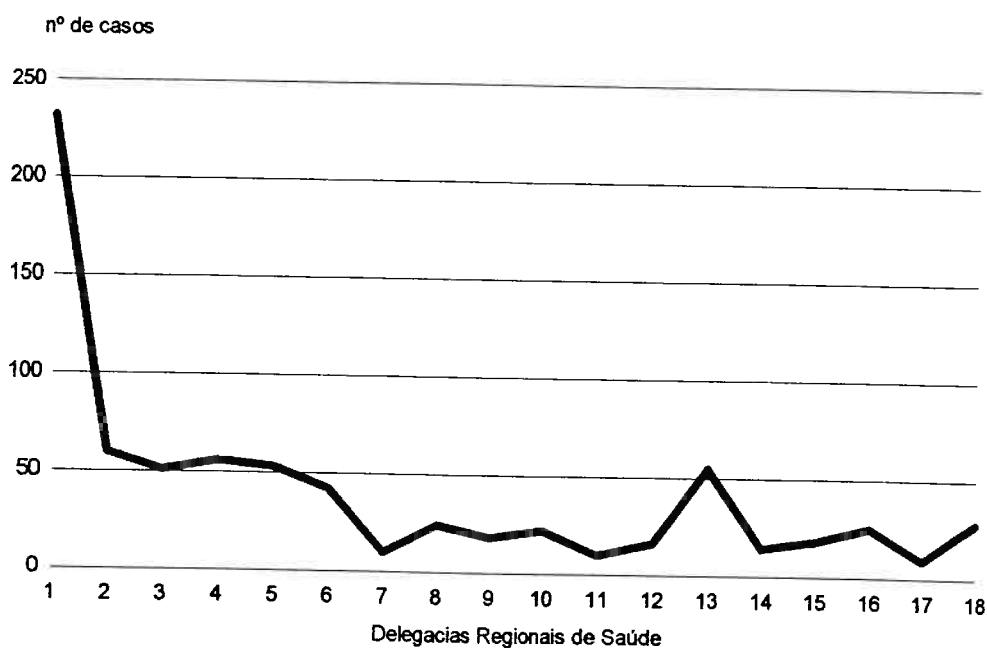
(arq. INTOXHU2.DCO)

Quadro 1 - Distribuição das solicitações atendidas no CIT, por tipo e causa, RS, 1991 - 1995

Causa \ Tipo	Intoxicação Humana	Intoxicação Animal	Informação	Total
Medicamentos	2.455	44	329	2.828
Animais peçonhentos	2.538	21	122	2.681
Animais não peçonhentos	874	6	149	1.029
Produtos industriais	763	21	261	1.045
Pesticidas domésticos	422	27	52	501
Pesticidas agropecuários	779	70	215	1.064
Raticidas	282	30	34	346
Plantas	194	25	50	269
Domissanitários	638	19	53	710
Produtos de Toalete	124	1	13	138
Outros agentes	156	5	326	487
Indeterminado	66	10	32	108
Total	9.291	279	1.636	11.206

Fonte: CIT, FEPPS

Figura 10 - Distribuição, por Delegacia Regional de Saúde, dos casos de intoxicação humana por pesticida agropecuário, RS, 1995



Fonte: CIT, FEPPS

Quadro 2 - Distribuição dos casos de intoxicação humana por causa e tipo de evolução, RS, - 1995

Evolução Causa	Cura	Óbito	Indeterminado	Total
Medicamentos	2.300	14	141	2.455
Animais peçonhentos	2.402	2	134	2.538
Animais não peçonhentos	830	0	44	874
Produtos industriais	699	4	60	763
Pesticidas domésticos	398	0	24	422
Pesticidas agropecuários	685	21	73	779
Raticidas	265	2	15	282
Plantas	186	0	8	194
Domissanitários	611	1	26	638
Produtos de Toalete	123	0	1	124
Outros agentes	133	2	21	156
Indeterminado	50	3	13	66
Total	8.682	49	560	9.291

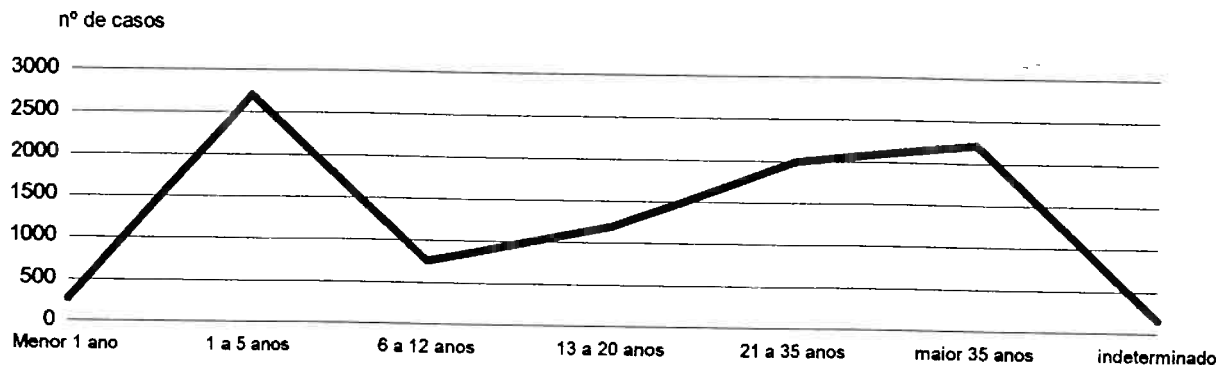
Fonte: CIT, FEPPS

Quadro 3 - Distribuição dos casos de intoxicação humana por causa e motivo, RS, - 1995

Motivo Causa	Acidental	Abuso	Suicídio	Ocupacional	Outras Causas	Indeterminado	Total
Medicamentos	1.140	46	805	6	403	55	2.455
Animais peçonhentos	1.914	0	0	586	0	38	2.538
Animais não peçonhentos	839	0	0	31	0	4	874
Produtos industriais	497	8	74	155	14	15	763
Pesticidas domésticos	291	0	112	4	10	5	422
Pesticidas agropecuários	307	0	243	204	12	13	779
Raticidas	154	0	118	1	5	4	282
Plantas	174	4	2	0	13	1	194
Domissanitários	534	0	65	32	6	1	638
Produtos de Toaleta	114	0	3	0	5	2	124
Outros agentes	85	48	9	7	6	1	156
Indeterminado	30	0	9	6	1	20	66
Total	6.079	106	1.440	1.032	475	169	9.291

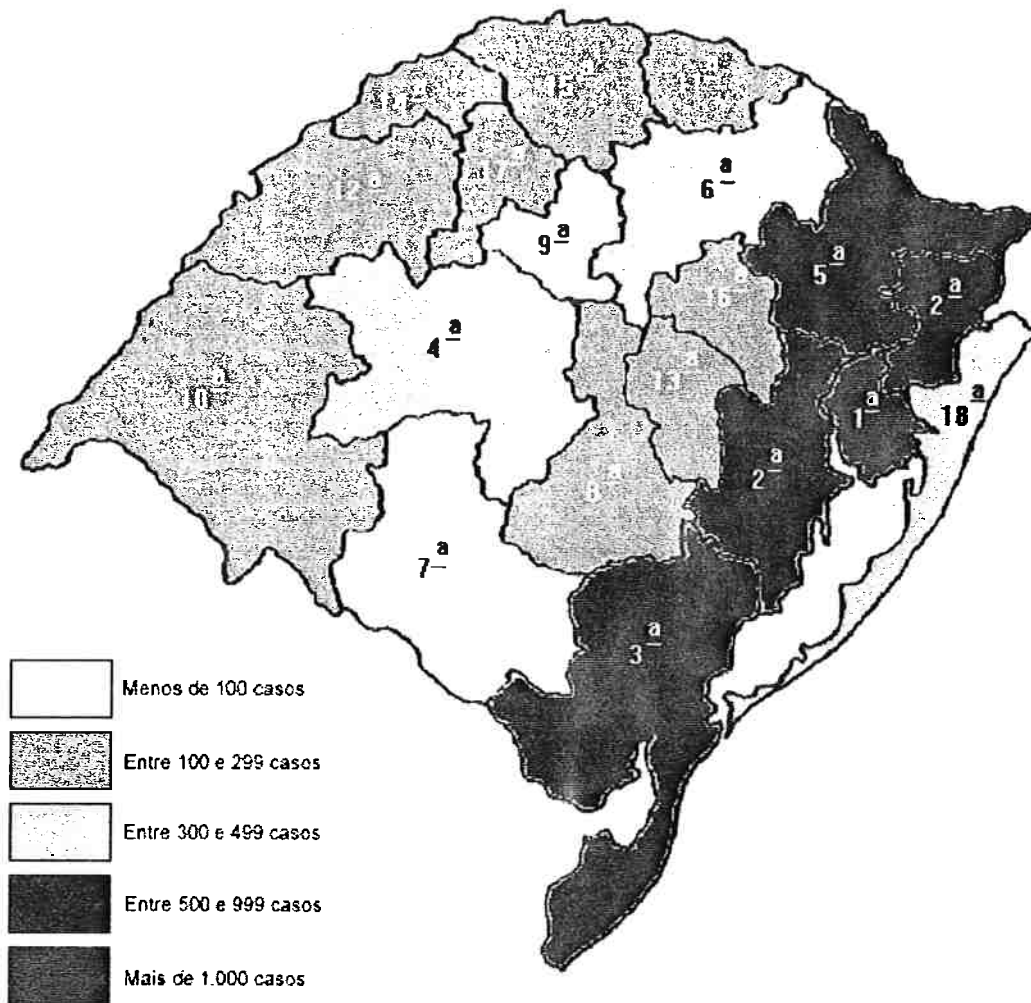
Fonte: CIT, FEPPS

Figura 11 - Distribuição, por faixa etária, dos casos de intoxicação humana, RS, - 1995



Fonte: CIT, FEPPS

Figura 12 - Distribuição dos casos de intoxicação humana por Delegacia Regional de Saúde, RS, - 1995



Fonte: CIT, FEPPS

Quadro 4 - Distribuição dos casos de intoxicação humana por DRS, RS, - 1995 (*)

Delegacia Regional	Cidade Sede	nº de Casos
1ª DRS	Porto Alegre	4.303
2ª DRS	Porto Alegre	628
3ª DRS	Pelotas	699
4ª DRS	Santa Maria	363
5ª DRS	Caxias do Sul	611
6ª DRS	Passo Fundo	359
7ª DRS	Bagé	91
8ª DRS	Cachoeira do Sul	194
9ª DRS	Cruz Alta	93
10ª DRS	Alegrete	212
11ª DRS	Erechim	141
12ª DRS	Santo Angelo	127
13ª DRS	Santa Cruz do Sul	252
14ª DRS	Santa Rosa	207
15ª DRS	Palmeira das Missões	216
16ª DRS	Lajeado	221
17ª DRS	Ijuí	104
18ª DRS	Osório	314
Total		9.135

Fonte: CIT, FEPPS

(*) 150 casos provenientes de outros Estados do País, e em 6 casos não foi possível determinar a origem

Doenças do Aparelho Circulatório

A mortalidade referente às doenças do aparelho circulatório (1º grupo de causa de morte no Estado) concentra-se nas faixas etárias mais avançadas, com 95% dos óbitos ocorrendo em maiores de 40 anos, e mais de 50% em maiores de 70 anos. A tendência dos óbitos é levemente declinante no período analisado. Há nítida tendência ascendente nas mortes do sexo feminino por essas doenças, podendo-se prever, a manter-se a mesma tendência, uma paridade em relação ao sexo masculino (Figura 13).

Neoplasmas

Observa-se, no Estado, uma tendência ao aumento na mortalidade por neoplasias (Figura 14), existindo uma forte participação do Câncer de Pulmão nesse aumento, especialmente em homens, a princípio, mas, mais recentemente, também em mulheres, onde o número de óbitos já é próximo da metade do ocorrido em homens, superior ao número de óbitos por neoplasmas de colo uterino e próximo da mortalidade por neoplasias de mama feminina. Deve-se considerar também a importância dos neoplasmas do aparelho genital feminino, pelo fato de englobarem em seu conjunto cerca de 12% dos óbitos por câncer, e por serem em sua maioria preveníveis, bem como o aumento nos óbitos por câncer de próstata que quase dobraram entre 1985 e 1995.

Doenças do Aparelho Respiratório

Observa-se neste grupo nítida tendência de crescimento de mortalidade, homogênea em relação aos sexos. Predominam nesse conjunto, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, especialmente verificada nos maiores de 50 anos, e as Pneumonias, que vitimam especialmente os maiores de 70 anos, com cerca de 50% dos óbitos por Pneumonia, e os menores de 1 ano, com aproximadamente 15% dos óbitos por essa mesma nosologia. Contudo, separados por grupo etário, se verifica tendência fortemente declinante nos menores de 1 ano (provavelmente por influência de Programas de Controle em desenvolvimento desde o início da década de 80) e pelo aumento da cobertura vacinal por sarampo e crescente nos maiores de 70 anos (Figuras 15 e 16). A mortalidade por IRA que, em 1970 era de 9,05 por mil nascidos vivos, baixou para 1,85 por mil nascidos vivos em 1992.

Causas Externas

Há nesse grupo uma tendência crescente, no período analisado, e um forte predomínio das mortes entre os jovens, de tal modo que cerca de 50% dos óbitos ocorrem entre 15 e os 39 anos de idade, e nesse grupo, cerca de 30% são devidos a acidentes de trânsito e 40% a homicídios e suicídios.

Neste grupo de óbitos observa-se, novamente, outra marcante característica, qual seja a de que há um grande predomínio de eventos fatais nos homens, estes com taxas superiores a 100 óbitos por 100.000, enquanto para as mulheres esse valor é pouco superior a 20, constatando-se também que há tendência crescente no sexo masculino e estabilidade no feminino, (Figura 17)

(arq. DAPACIR.DOC)

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)

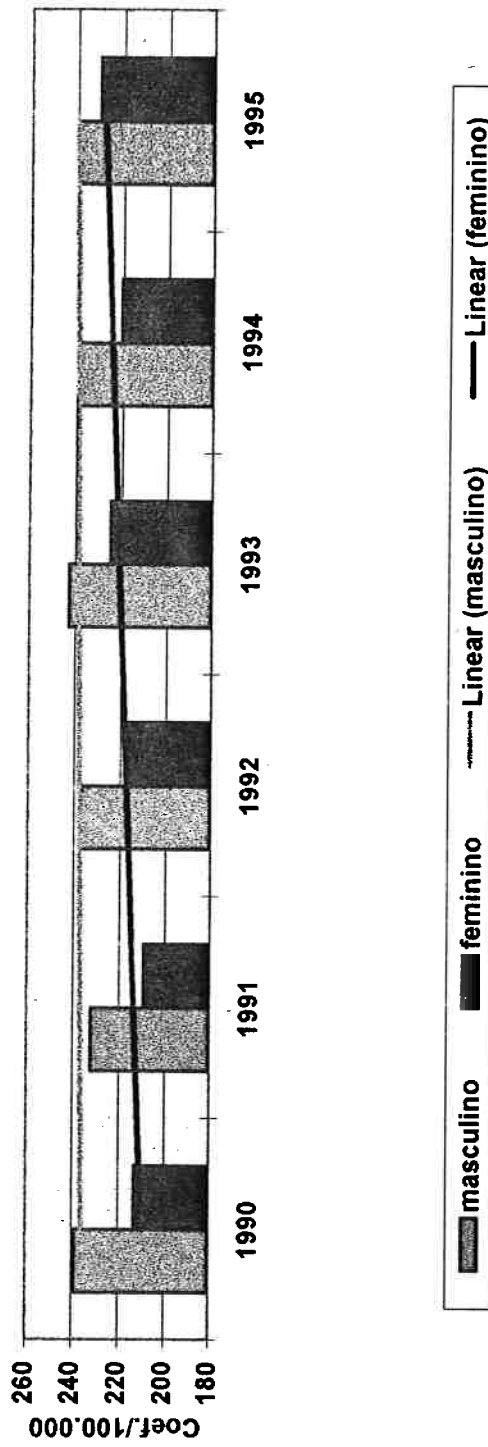
De uma forma simplificada, a SIDA/AIDS pode ser definida como sendo a manifestação final e mais grave da infecção provocada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH/HIV), caracterizando-se não apenas por sinais laboratoriais indicativos da presença do vírus, mas também pela presença de doenças associadas à imunodeficiência celular.

O número acumulado de casos de AIDS no Rio Grande do Sul, de 1983 a maio de 1997, é de 6233 casos notificados, com 3145 óbitos conhecidos no período. A taxa de letalidade é de 50,5%. O coeficiente de incidência de casos que, em 1983, ano das primeiras notificações foi de 0,02/100.000 habitantes, chegou a 9,41/100.000 habitantes em 1994.

A Epidemia de AIDS, que mostrava uma certa regularidade de crescimento até julho de 1996, com um número crescente de mulheres doentes, a partir daquele data apresentou um aumento significativo do número de casos, certamente relacionado à introdução de novas drogas no mercado. Os novos medicamentos e o resgate da crença de que pode existir algum remédio para a síndrome, estimulou a testagem de pessoas que se consideravam expostas ao HIV e a busca dos serviços de saúde por pessoas que já se sabiam portadoras do vírus e, conseqüentemente, a identificação de novos casos de AIDS. De 01/01/96 a 31/05/96 foram notificados 448 casos, para 637 casos notificados no mesmo período em 1997.

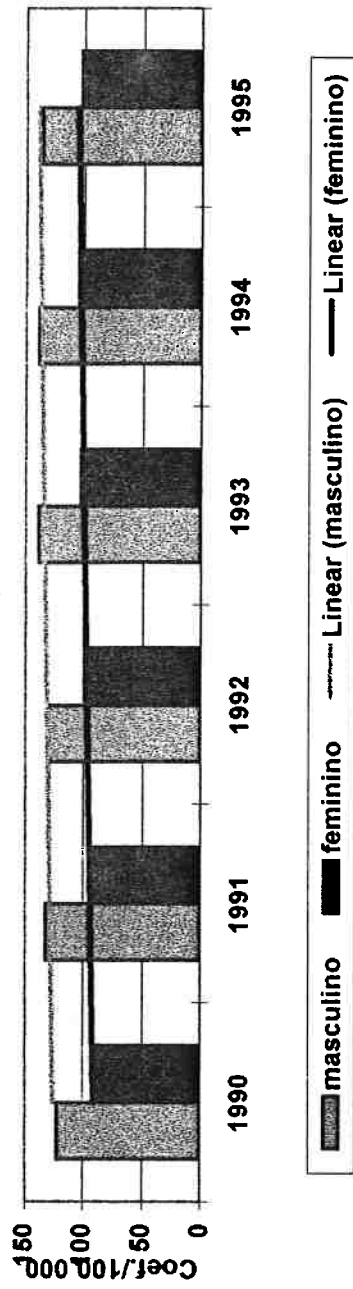
(arq. AIDS.DOC)

Figura 13 - Tendência da Mortalidade por Sexo , Doenças do Aparelho Circulatório - Grupo VII (CID 390-459) , Rio Grande do Sul



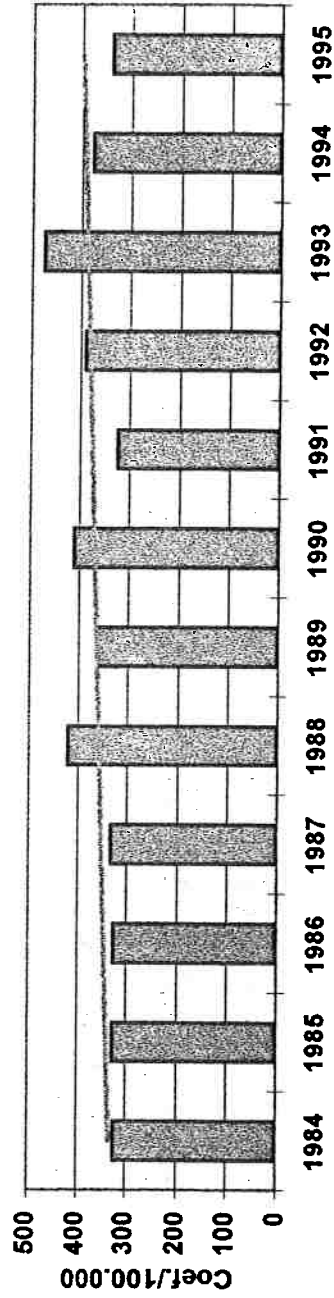
Fonte: DAS - SSMA

Figura 14 - Tendência da Mortalidade por Sexo , Neoplasmas Grupo II (CID 140-239) , Rio Grande do Sul



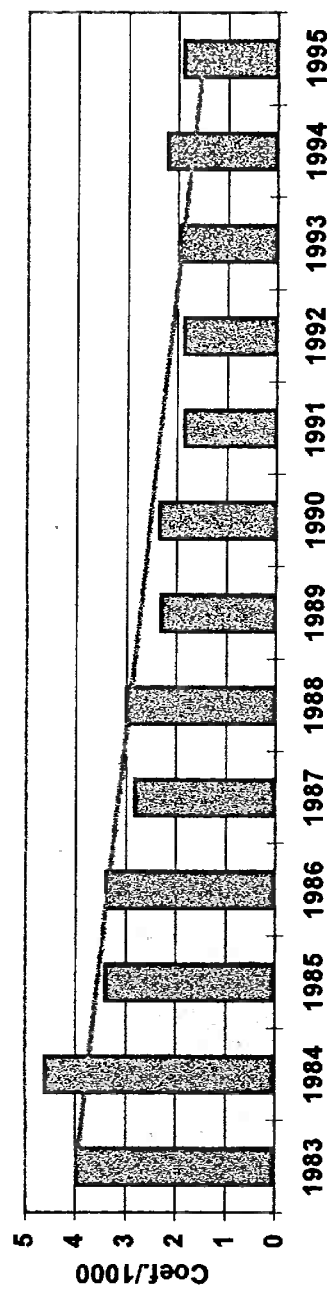
Fonte: DAS - SSMA

Figura 15 - Tendência da Mortalidade por Pneumonias no Grupo Etário 70 anos e mais , Rio Grande do Sul



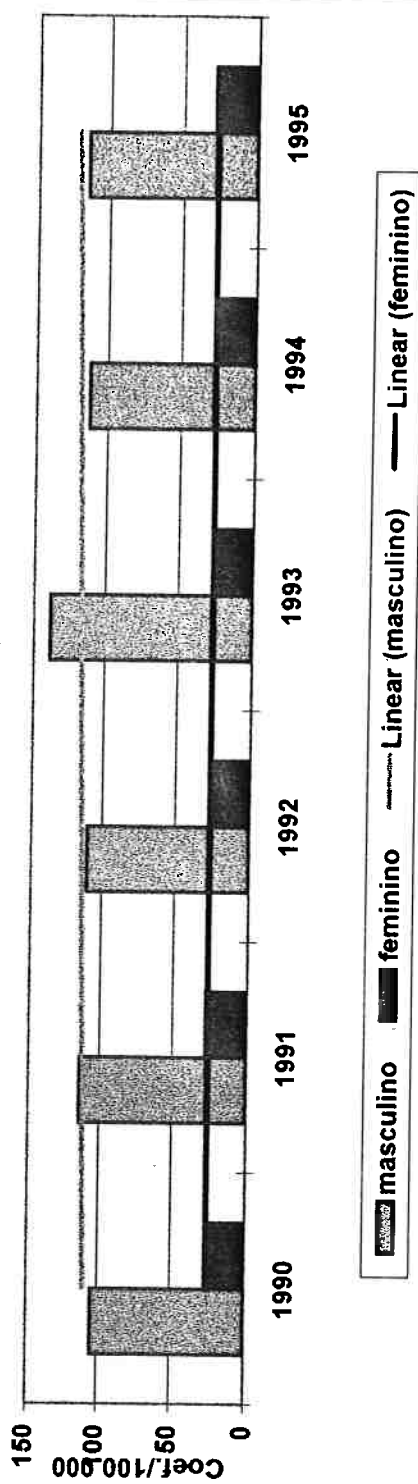
Fonte: DAS - SSMA

Figura 16 - Tendência da Mortalidade por Pneumonias em Menores de 1 Ano, Rio Grande do Sul



Fonte: DAS - SSMA

Figura 17 - Tendência da Mortalidade por Sexo, Por Causas Externas
 - Grupo XVII (CID E800-E999), Rio Grande do Sul



Fonte: DAS - SSMA

1.5. EXPECTATIVA DE VIDA

A expectativa de vida ao nascer no Rio Grande do Sul cresceu quase quatro anos em duas décadas e meia, passando de 66,65 anos, em 1971, para 70,50 anos, em 1995. E esta cifra é menor que a prevista para faixa etária de 1 a 2 anos (70,86 anos) refletindo o peso da mortalidade infantil. Já a expectativa de vida aos 75 anos é de 10 anos. Deve-se considerar que este é, naturalmente, um modelo teórico: supõe uma população estável e estacionária, que cresce a níveis constantes. Partindo-se de um grupo de 100.000 pessoas, com taxa de crescimento zero, é feito um acompanhamento das mortes no transcorrer do tempo.

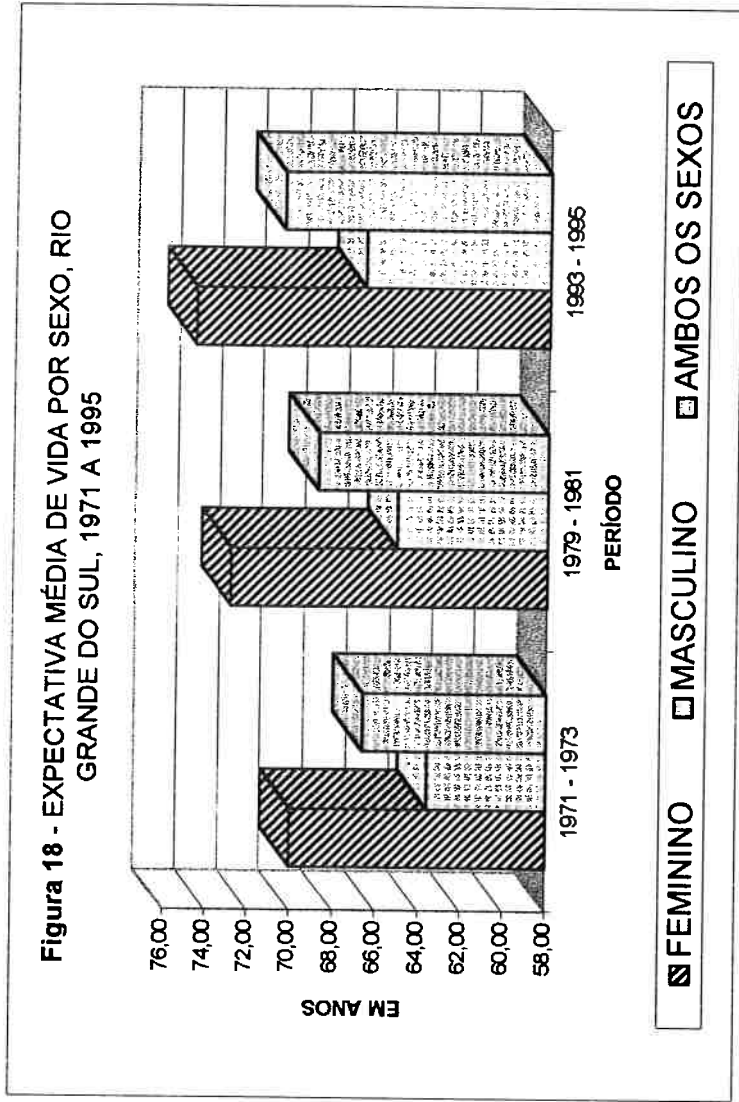
A significativa diferença na expectativa de vida da mulher observa-se em todas as faixas etárias: ao nascer ela é de 74,60 anos, contra 66,67 anos para o homem. Esta diferença de 7,93 anos vai diminuindo ao longo da vida - aos 75 anos e mais ela é de 2,35 anos. Por outro lado, o diferencial na expectativa de vida ao nascer dos sexos tem aumentado: no período 1971-73, era de 6,38 anos, para 1979-81 ficou em 7,77 anos em 1992-95 atingiu 7,93 anos (Figura 18).

As novas características demográficas da população gaúcha alteraram a figura da Pirâmide Etária no período de 1970 - 1995 (Figura 19). A idade média da população sofreu acréscimo de aproximadamente 2,5 anos a cada intervalo de 10 anos.

Uma consequência do incremento da expectativa de vida é o aumento da população idosa considerada, segundo critério da Organização Mundial de Saúde (OMS), aquela maior de 60 anos. Em 1993, o Estado tinha 827.887 habitantes nesta faixa etária, representando 11,27% da população total. A população idosa feminina tende a ser maior que a masculina. O envelhecimento da população é mais acentuado no RS do que no país como um todo. De 1970 a 1990 a percentagem da faixa etária de maiores de 65 anos na população geral passou de 3,1% a 4,7% no Brasil é de 3,7% para 5,6% no Estado. Para o ano 2000 as estimativas são de 5,4% e 7,2%, respectivamente.

A alteração da estrutura etária é fortemente influenciada pela taxa de fecundidade que, no período 1940-70 fez dobrar a população do Estado (à época, falava-se em "explosão demográfica"). Já na década de oitenta, porém, enquanto o Brasil crescia a uma taxa média anual de 2,48% ao ano, o crescimento no RS foi de 1,55%. Em 1991, as taxas foram de 1,9% e 1,48% respectivamente; para o ano 2000 a previsão da taxa de crescimento no Brasil e no Estado é de, respectivamente 1,67% e 1,13%, o que representará, para o RS, uma população de 10.064.000 habitantes.

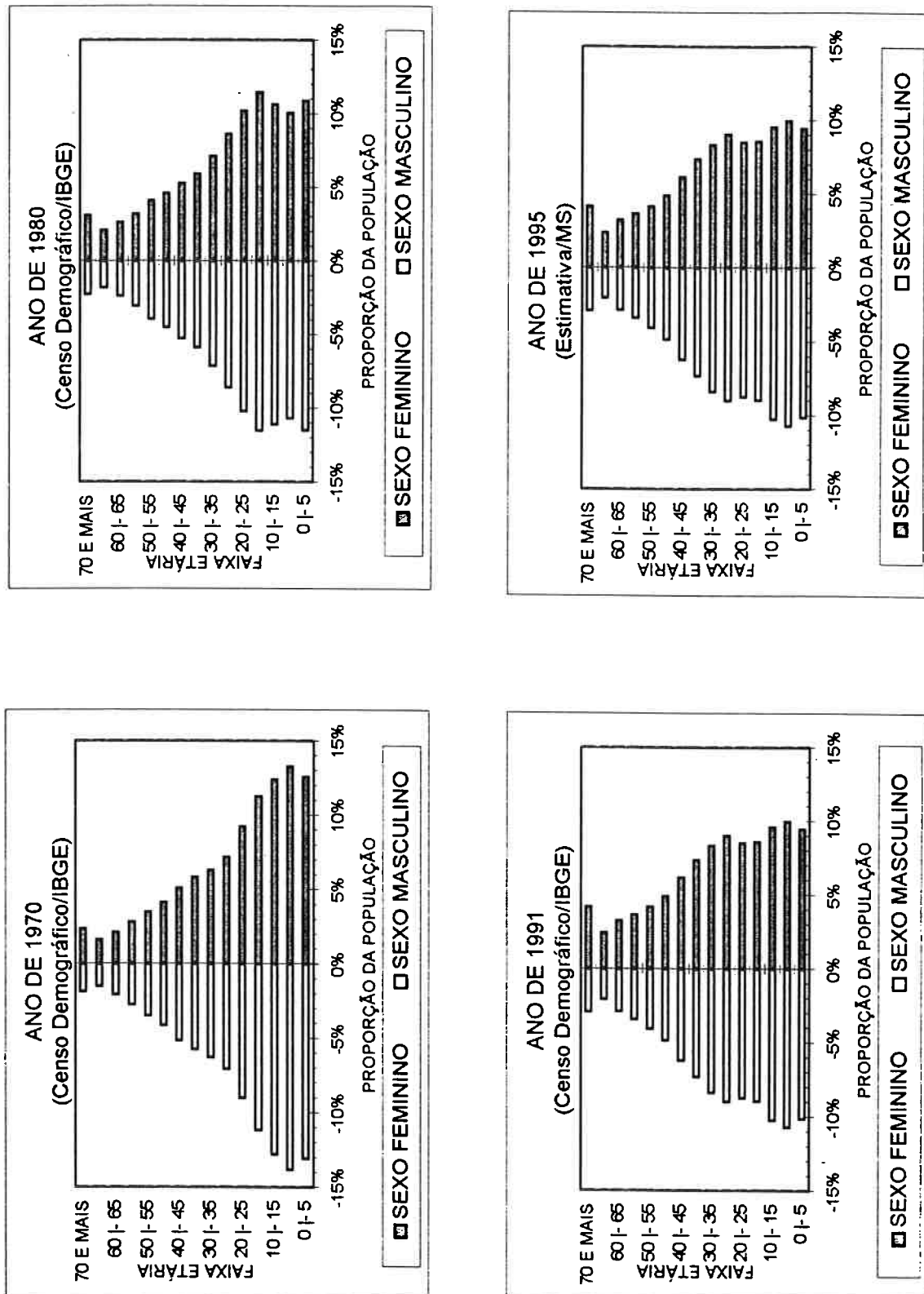
(arq. EXPVIDA.DOC)



ANO	1971 - 1973	1979 - 1981	1983 - 1985	1993 - 1995
MASCULINO	63,61	65,09	66,67	68,80
FEMININO	69,99	72,86	74,60	76,67
AMBOS OS SEXOS	66,65	68,80	70,50	72,55

Fonte: NIS - ASSTEPLAN - SSMA

**Figura 19 - Pirâmides Etárias do Rio Grande do Sul
1970 a 1995**



Fonte: NIS ASSTEPLAN - SSMA

1.6. DIFERENÇAS REGIONAIS EM RELAÇÃO A INDICADORES SELECIONADOS

A análise das diferenças regionais com relação a indicadores de saúde selecionados, a partir de seu afastamento positivo (melhor desempenho) ou negativo (de desempenho inferior) da média encontrada para o Estado, permite detectar, com mais facilidade, os estágios específicos nos quais encontram-se as DRS's, possibilitando a avaliação de desempenho e proposição de soluções para os problemas encontrados.

É perfeitamente visível a disparidade entre as regiões. Praticamente duas grandes zonas se comportam distintamente no Estado: a parte norte, de pequenas propriedades rurais, que apresenta melhor desempenho em comparação com a parte sul, de grandes propriedades rurais.

A seguir, são apresentadas as diferenças regionais quanto a alguns indicadores selecionados.

Qualidade de vida

A expectativa média de vida ao nascer é um indicador de qualidade de vida. Na Figura 20 podemos observar a distribuição deste indicador por DRS. A 11ª DRS (Erechim), 14ª DRS (Santa Rosa), 17ª DRS (Ijuí) e 18ª DRS (Osório) apresentam expectativa média de vida ao nascer acima da média estadual que é de 70,5 anos.

Qualidade do sistema de mortalidade

Um indicador de qualidade do sistema de mortalidade, conforme foi referido na análise dos principais grupos e causas de óbito, é o percentual de óbitos por afecções mal definidas (Cap. 16 do CID 9).

Conforme podemos observar na Figura 21, deverá ser incrementado o trabalho referente à conscientização da importância do correto preenchimento da declaração de óbito na 8ª DRS (Cachoeira do Sul), com 15,9%, na 4ª DRS (Santa Maria), com 14,5% e 12ª DRS (Santo Ângelo), com 13,1%, percentuais muito acima do estadual, de 6,1%. As estatísticas de mortalidade devem ser, cada vez mais, um instrumento confiável, servindo como fonte de informação para o planejamento e controle e avaliação das ações de saúde.

(arq. DIFREGIO.DOC)

Mortalidade Materno-Infantil

Em relação à mortalidade infantil, especial atenção deverá ser dada à 7ª DRS (Bagé), 10ª DRS (Alegrete), 13ª DRS (Santa Cruz do Sul) e 3ª DRS (Pelotas). Observando-se a Figura 22, verifica-se que o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) mais alto encontra-se na fronteira sul do Estado e o mais baixo na região norte, conforme foi assinalado anteriormente sobre as disparidades regionais.

Quanto à mortalidade materna deverá ser intensificado o trabalho na 9ª DRS (Cruz Alta) e 7ª DRS (Bagé), que apresentam coeficientes acima do dobro do coeficiente estadual, conforme apresentado na Figura 23.

Partos Cesáreos

O crescimento do número de cesarianas no Estado é alarmante; em 1995 os partos cesáreos foram o 4º procedimento hospitalar mais freqüente no SIH/SUS. Segundo a OMS, o número de partos operatórios não deve exceder 10 a 15% da natalidade. No Estado, conforme dados do SINASC que incluem todos os partos realizados (não só os SIH-SUS) em 1995, este índice foi de 39,4%, com 421 municípios (98,5%) acima do limite recomendado. Como podemos observar na Tabela 10 e Figura 24, sete Delegacias Regionais de Saúde apresentaram um percentual acima de 45% (4ª, 5ª, 6ª, 9ª, 14ª, 15ª e 17ª DRS's). A 9ª DRS (Cruz Alta) tem mantido, nos últimos quatro anos, um percentual acima de 50%. Alguns municípios tem alcançado extremos perigosos, como Tucunduva (14ª DRS), com 81,7% de partos cesáreos; Boa Vista das Missões (15ª DRS), com 81,8% e Três Arroios (11ª DRS), com 87,9% (Tabela 11). Estes dados mostram, com certeza, uma nova postura da sociedade e da medicina em relação à assistência ao parto, que requer estudo no sentido de compreensão do problema e busca de sua reversão. Em muitos países o aumento do número de partos cesáreos relaciona-se com a crescente segurança do procedimento, com mudança de orientação dos obstetras, com o incremento da faixa etária das parturientes e com fatores não médicos, como a remuneração. O Plano de Ação da Comissão Nacional de Mortalidade Materna (Ministério da Saúde) relaciona o excesso de cesáreas com óbitos maternos (que podem aumentar em até 12 vezes, segundo o Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano - CLAP) e com maior morbidade materna e neonatal, além de aumentar o tempo de permanência no hospital e acarretar problemas físicos e emocionais.

Baixo peso ao nascer

Em relação a este percentual, a maioria das DRS's encontram-se acima e/ou na média estadual (8,4%), e apenas a 10ª DRS (Alegrete) e a 3ª DRS (Pelotas) apresentam índice de 9% ou mais, conforme vemos na Figura 25.

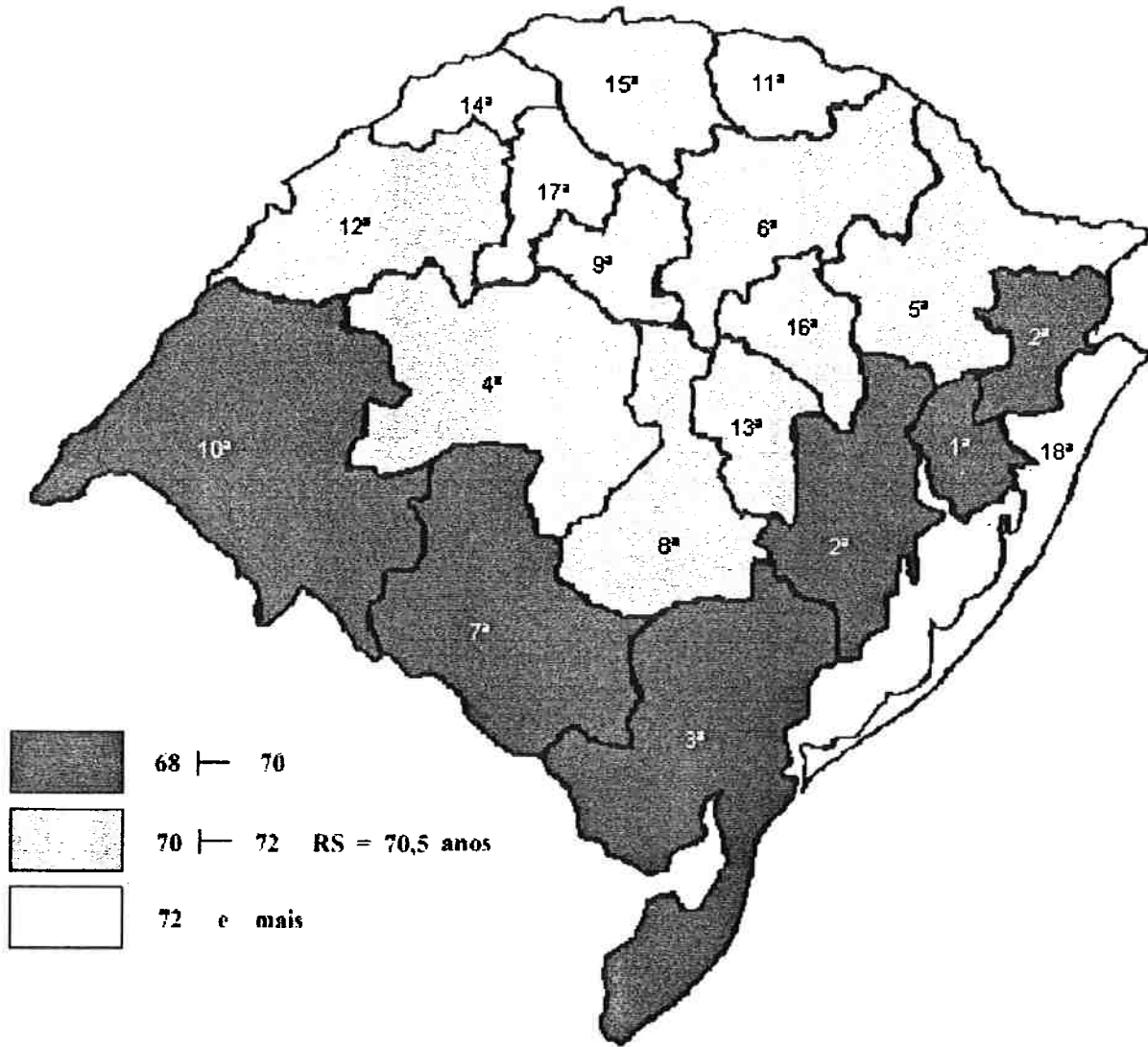
Percentual de mães com menos de 19 anos

O percentual de gravidez em adolescentes é um fenômeno atual, preocupante pelo crescimento lento, mas contínuo, que vem apresentando nos últimos anos. Quatro DRS's encontram-se acima do índice estadual (18,5%): a 10ª (Alegrete); a 12ª (Santo Ângelo); a 15ª (Palmeira das Missões) e a 9ª DRS (Cruz Alta), regiões onde deverá ser intensificado o programa de prevenção à gestação em adolescentes (Figura 26).

(arq. MORMAINF.DOC)

Figura 20 - Indicador de Qualidade de Vida

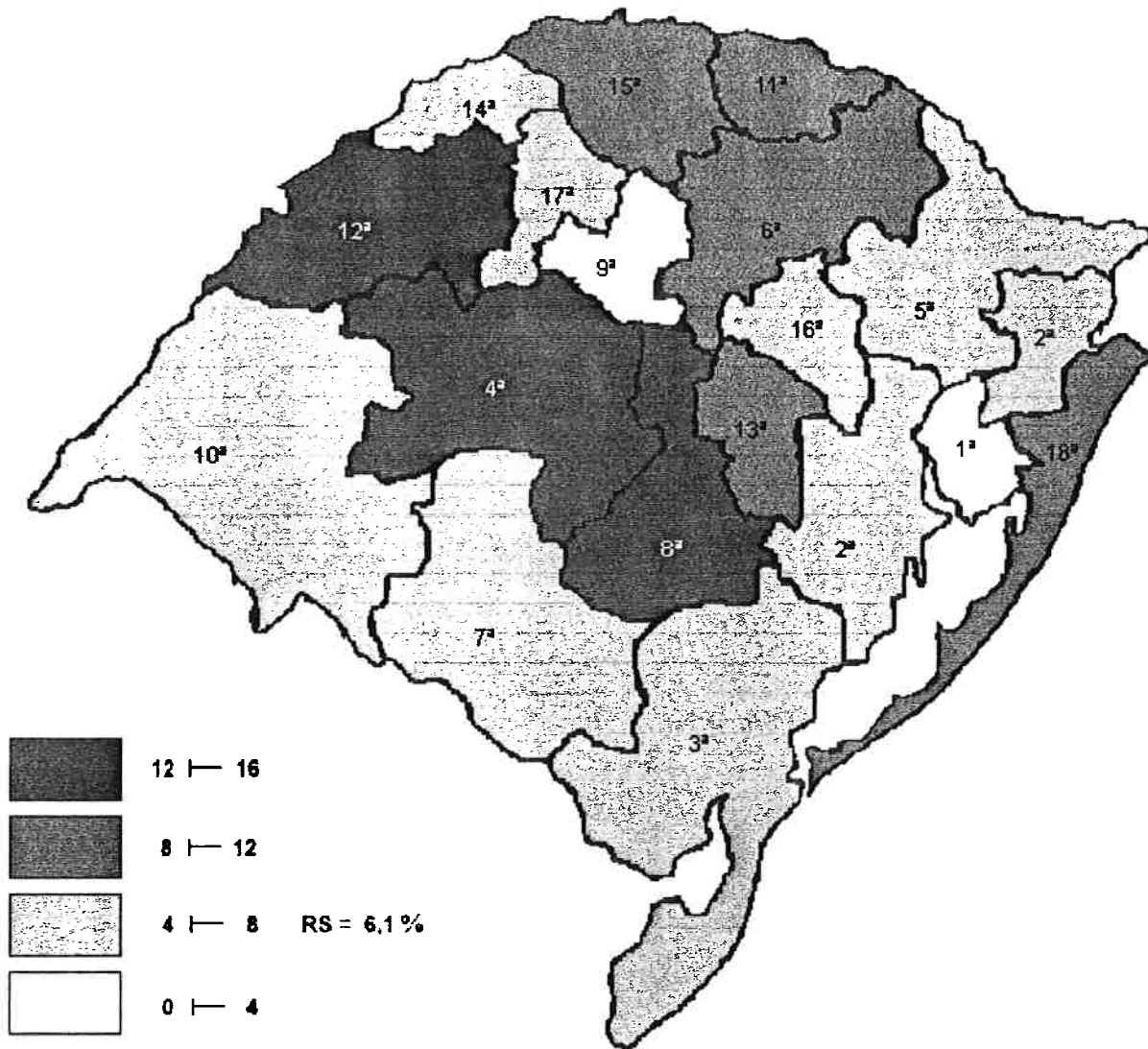
Expectativa Média de Vida ao Nascer
Delegacias Regionais de Saúde, 1993 - 1995
Ambos os Sexos



Fonte: NIS - ASSTEPLAN - SSMA

Figura 21 - Indicador de Qualidade do Sistema de Mortalidade

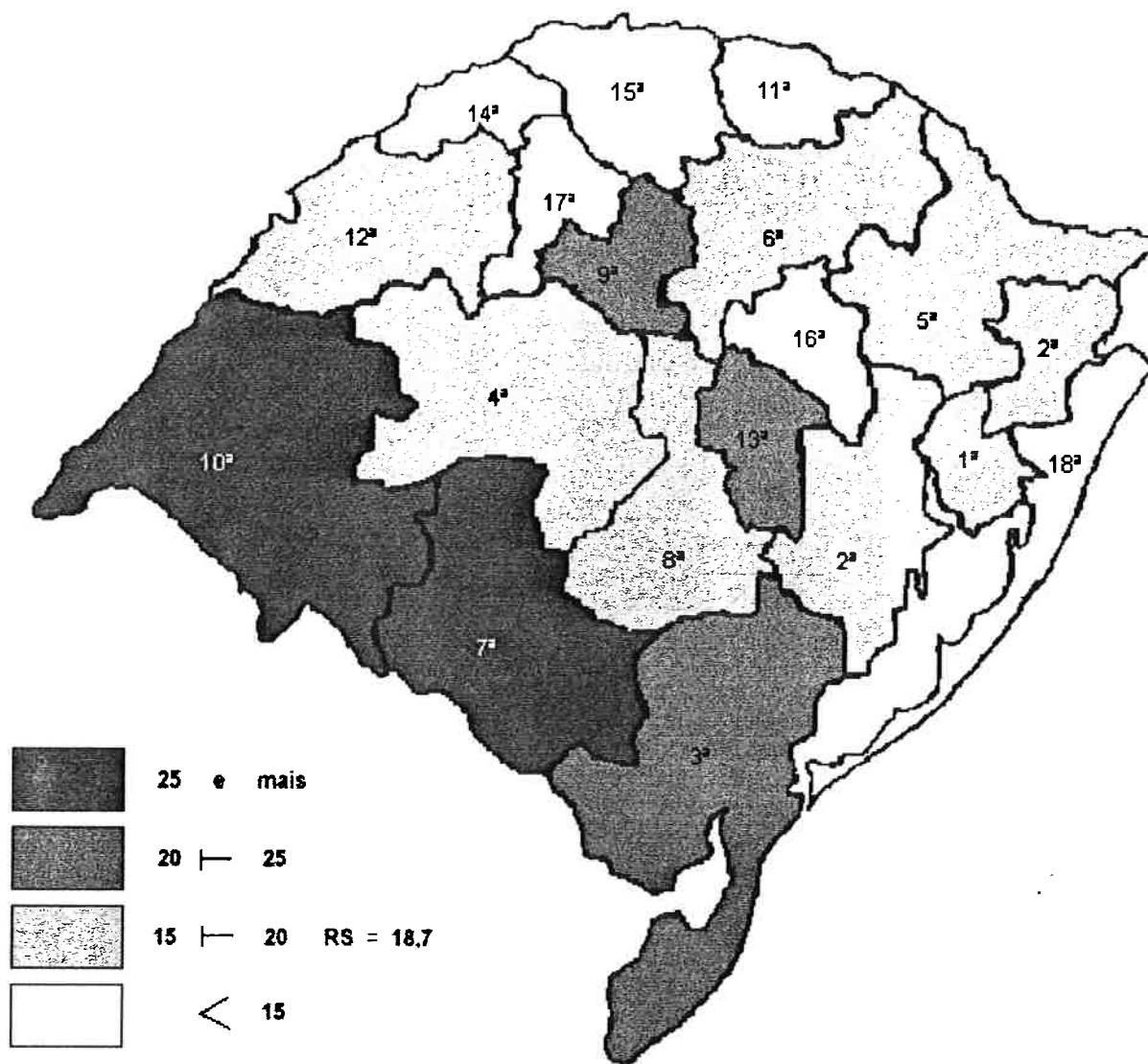
Percentual de Óbitos por "Afecções Mal Definidas" (CAP.16/CID-9)
Delegacias Regionais de Saúde - 1995



Fonte: NIS - ASSTEPLAN - SSMA

Figura 22 - Indicador de Saúde

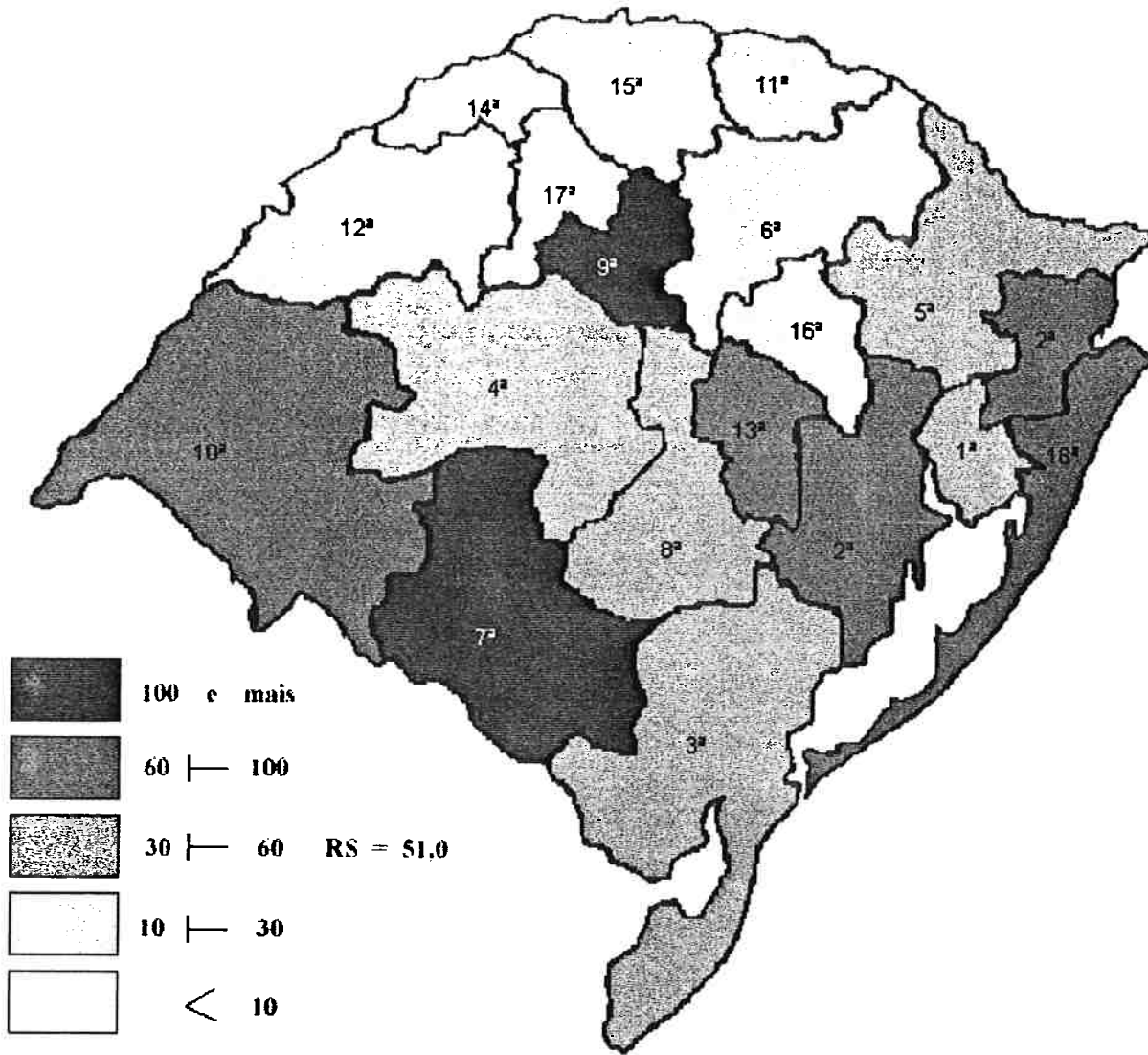
Coeficiente de Mortalidade Infantil
Delegacias Regionais de Saúde - 1995



Fonte: NIS - ASSTEPLAN - SSMA

Figura 23 - Indicador de Saúde

Coefficiente de Mortalidade Materna
Delegacias Regionais de Saúde - 1995



Fonte: NIS - ASSTEPLAN - SSMA

Tabela 10 - Percentual de Cesarianas por Delegacia Regional de Saúde (DRs) e RS, 1992 - 1995

MUNICÍPIO SEDE	DRS	PARTO TIPO CESARIANA - %			
		1992	1993	1994	1995
Porto Alegre	1ª	31,3	32,2	32,3	32,5
-	2ª	37,1	37,9	42,7	43,4
Pelotas	3ª	30,8	31,0	32,9	34,3
Santa Maria	4ª	45,6	45,0	45,9	47,2
Caxias do Sul	5ª	36,0	41,1	43,5	50,3
Passo Fundo	6ª	37,0	39,8	42,8	46,2
Bagé	7ª	33,9	34,4	36,6	37,9
Cachoeira do Sul	8ª	27,5	29,4	28,1	29,8
Cruz Alta	9ª	51,9	51,2	57,3	58,8
Alegrete	10ª	37,0	37,8	37,3	39,2
Erechim	11ª	31,5	33,2	34,4	39,1
Santo Ângelo	12ª	38,8	40,0	42,4	44,2
Santa Cruz do Sul	13ª	35,1	38,6	41,7	38,8
Santa Rosa	14ª	43,6	46,6	46,7	48,7
Palmeira das Missões	15ª	39,8	44,2	44,8	48,6
Lajeado	16ª	35,5	36,4	38,8	41,7
Ijuí	17ª	39,2	40,6	43,1	47,5
Osório	18ª	31,9	33,0	32,1	34,5
Rio Grande do Sul		35,9	37,0	38,2	39,4

Fonte: NIS - ASSTEPLAN - SSMA

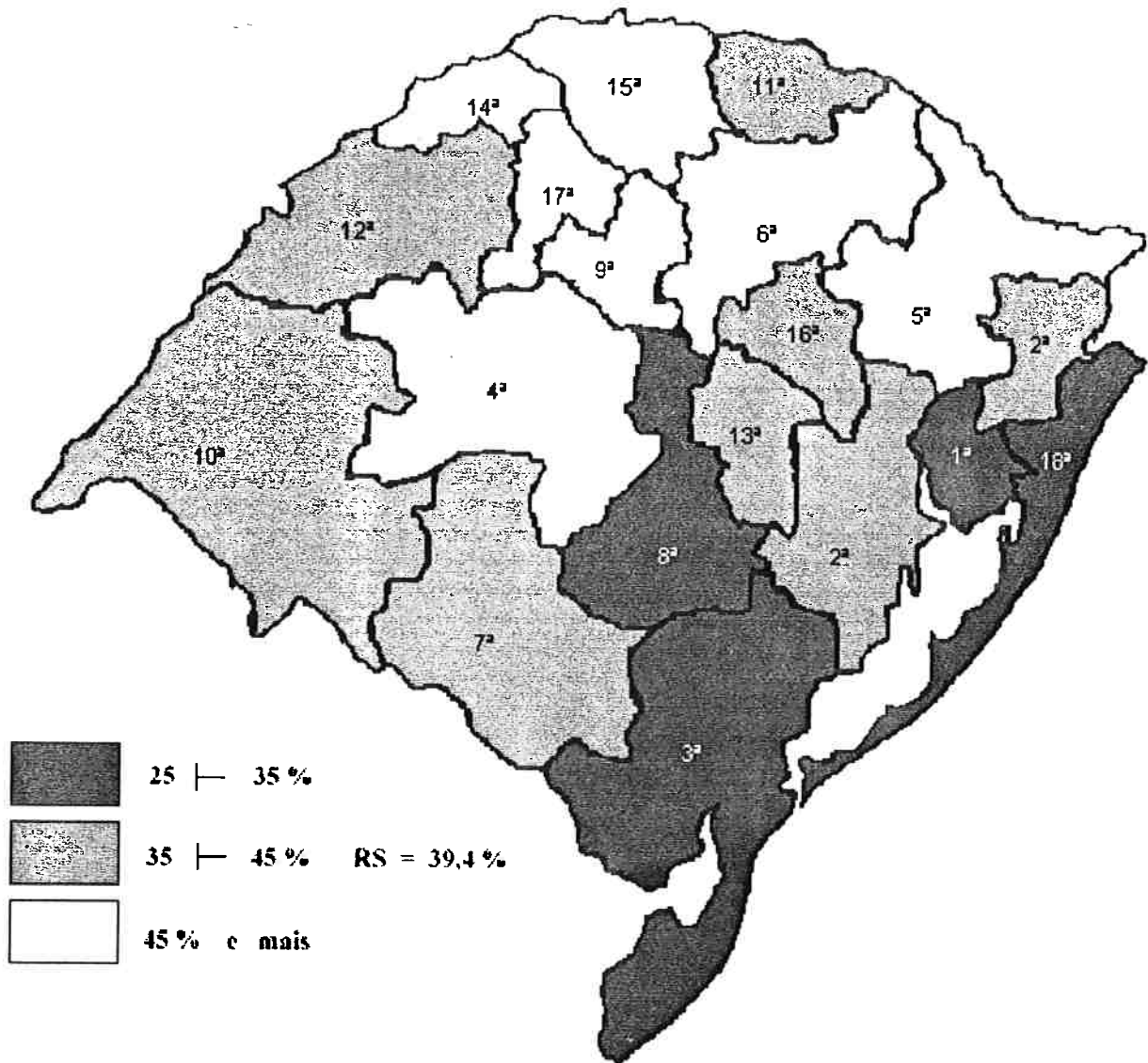
Tabela 11 - Intervalo de Alerta Máximo (70 - 100 %) Municípios no Rumo dos 100% de Cesárea/Ano

MUNICÍPIO/RS	DRS	1994	1995
Tucunduva	14ª	76,9%	81,7%
Boa Vista das Missões	15ª	70,3%	81,8%
Três Arroios	11ª	78,9%	87,9%

Fonte: NIS - ASSTEPLAN - SSMA

Figura 24 - Distribuição Geográfica do Percentual de Cesárea

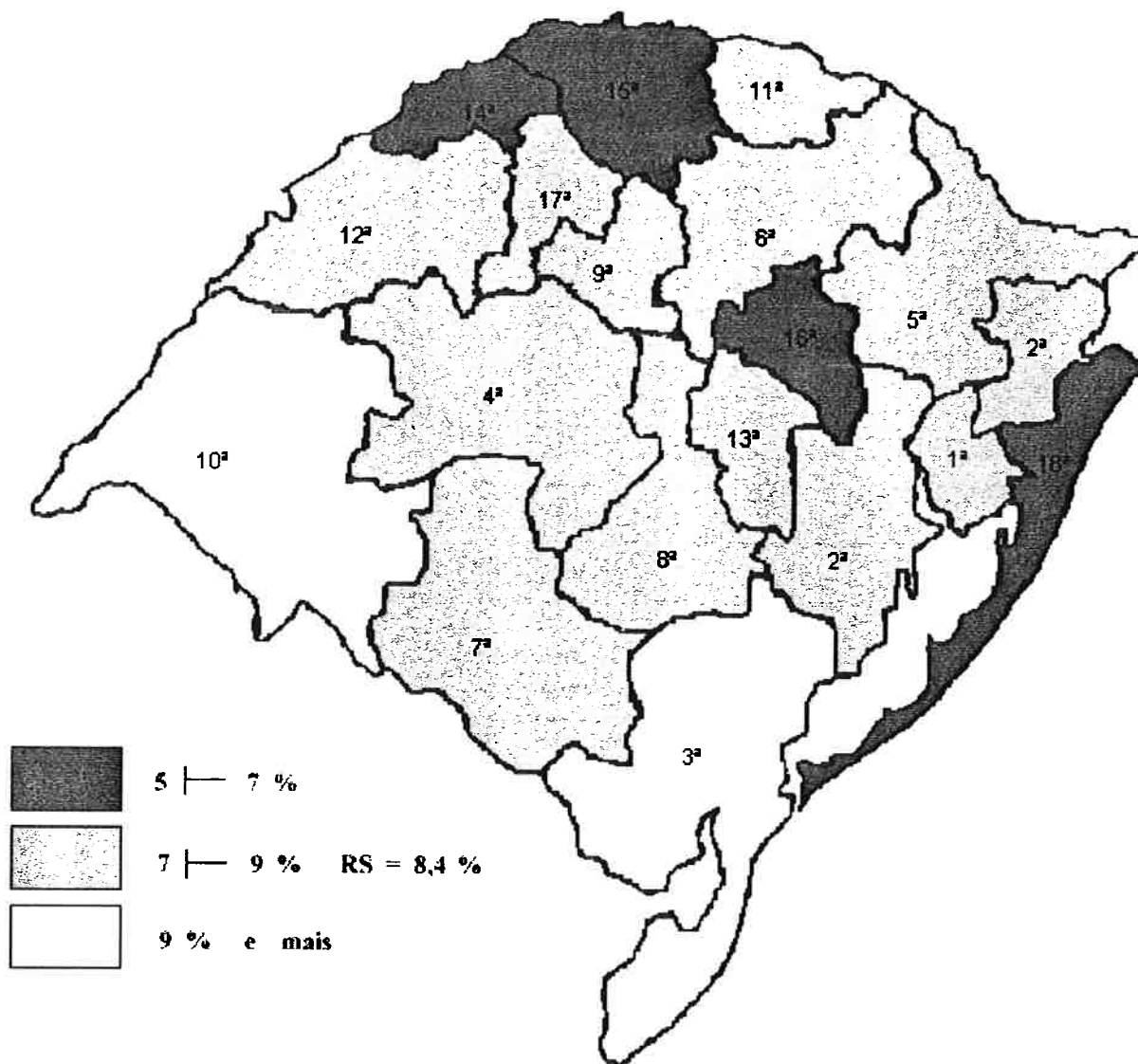
Delegacias Regionais de Saúde - 1995



Fonte: NIS - ASSTEPLAN - SSMA

Figura 25 - Distribuição Geográfica do Percentual de Baixo Peso ao Nascer

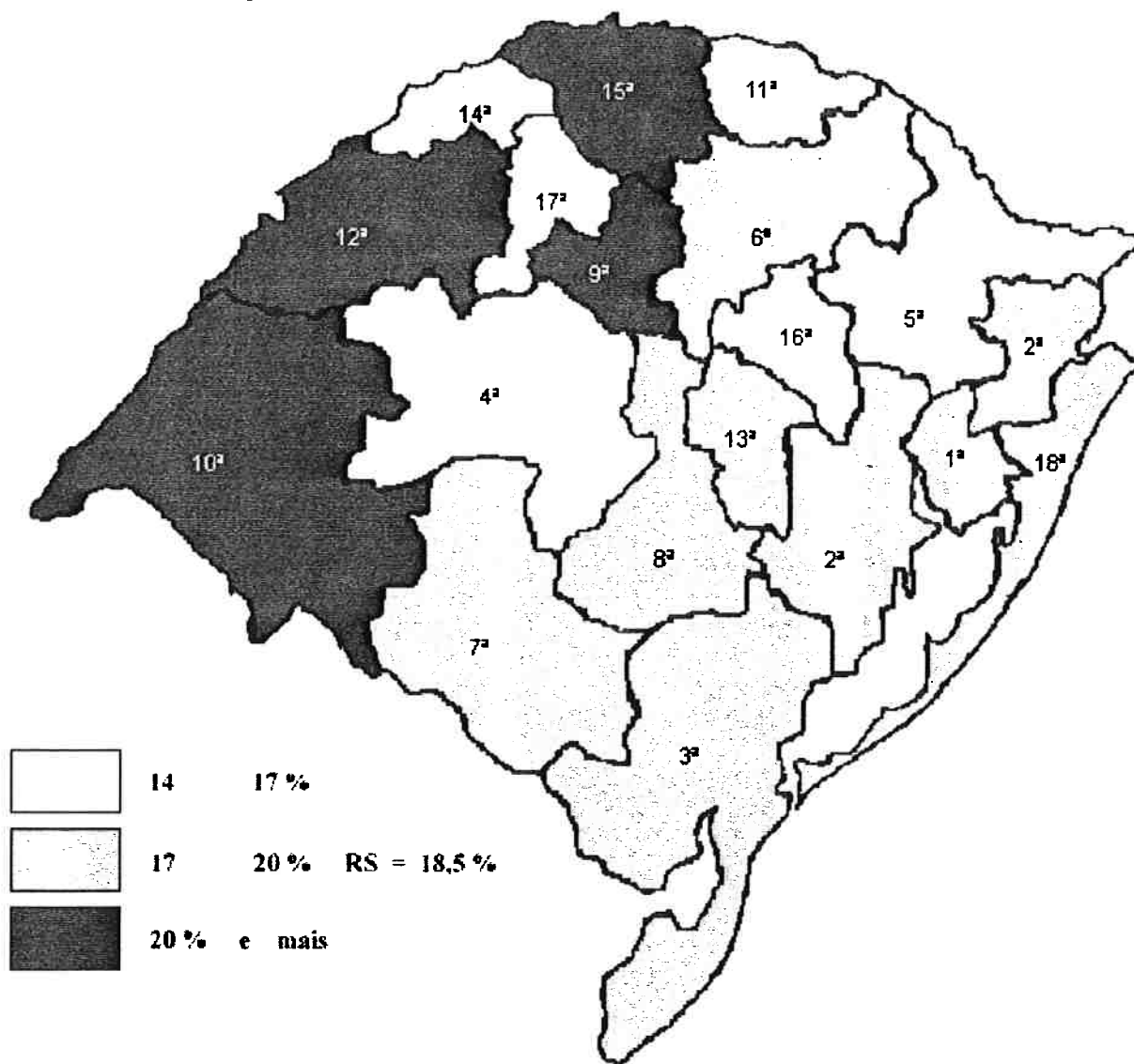
Delegacias Regionais de Saúde - 1995



Fonte: NIS - ASSTEPLAN - SSMA

Figura 26 - Distribuição Geográfica do Percentual de Mães com Menos de 19 anos

Delegacias Regionais de Saúde - 1995



Fonte: NIS - ASSTEPLAN - SSMA

1.7. MORBIDADE HOSPITALAR

Os estudos da distribuição da morbidade hospitalar são importantes no delineamento do perfil epidemiológico de uma região. É essencial, entretanto que estejamos atentos às distorções que possam ocorrer em função da concentração de recursos especializados e/ou de maior complexidade em determinadas áreas, que funcionam como pólos de referência. Também há que ressaltar determinados agravos que, por suas características próprias requerem internações freqüentes, sem que este fato indique um maior número de casos destes mesmos agravos. Por outro lado, o estudo das causas mais freqüentes de internação são o indicativo para a organização dos serviços de saúde no sentido de se aparelharem para atender com resolutividade e para desenvolver programas de saúde no sentido de prevenir ou minimizar estas causas.

Nos 20 procedimentos hospitalares mais freqüentes (Quadro 5), tais como consignados nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH's), apresentadas e pagas no ano de 1996 está, em primeiro lugar, o parto normal, como seria de esperar num Estado, com alta percentagem de partos hospitalares (98,8% do total de partos em 1995). Foram pagas 144.147 AIH's correspondentes a todos os tipos de partos realizados; destas, 47.313 AIH's corresponderam a partos cesáreos (32,82%), índice muito superior aos 15% máximos recomendados pela OMS e CREMERS.

Outras causas freqüentes de internação são enfermidades que afetam o aparelho respiratório (doença pulmonar obstrutiva crônica, broncopneumonia, crise asmática, insuficiência respiratória aguda), doenças cardiovasculares (insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral), doenças psiquiátricas, enteroinfecções, diabete sacarino, situações que, direta ou indiretamente, podem ser abordadas pelos programas da SSMA.

Em trabalho de conclusão dos alunos do XX Curso de Especialização em Saúde Pública (SSMA/ESP. FIOCRUZ/ENSP/1996) que versou sobre o Perfil de Morbidade Hospitalar do Rio Grande do Sul no ano de 1995, foram analisadas 817.244 AIH's. As internações foram distribuídas percentualmente, pelos grupos de causa (CID-09), por Delegacia Regional de Saúde e para o Estado. (Tabela 14).

Nesta distribuição surge como primeira causa de internação no Estado, o grupo VIII, das doenças do aparelho respiratório (22,3%), segue-se o grupo XI, das complicações da gravidez, parto e puerpério, que inclui os partos normais e cesareanas (20,4%), o grupo VII, das doenças do aparelho circulatório (12%), o grupo I, das doenças infecciosas e parasitárias (8,1%), e o grupo IX, das doenças do aparelho digestivo (7,0%). Esta distribuição que é semelhante a do país como um todo, mantém-se nas DRS, com pequenas alterações. No trabalho citado foi salientado o alto percentual de internações por doenças respiratórias na 15ª DRS (Palmeira das Missões), 14ª DRS (Santa Rosa) e 9ª DRS (Cruz Alta), com 39,1%, 37,0% e 35,5% respectivamente, quando a média estadual é de 22,3%, fato este a demandar investigação no sentido, de propiciar medidas preventivas cabíveis. Chama a atenção, também, o aparecimento do grupo XVII (causas externas) como causa importante de internação na 1ª DRS, que compreende a maior parte dos municípios da RMPA, refletindo a violência urbana.

(arq. MORBHOSP.DOC)

**Quadro 5 - Demonstrativo dos 20 procedimentos de maior frequência em AIHS pagas - Rio Grande do Sul
1996**

Código do Procedimento	Descrição	Quantidade AIH	Valor Total
35021012	Parto normal com atendimento RN sala de parto	60282	9607430,17
76500225	Doença pulmonar obstrutiva crônica	45846	145592867,39
35001011	Parto normal	32621	3841931,41
77500113	Insuficiência cardíaca	30730	11493961,23
35022019	Cesariana com atendimento RN sala de parto	30054	7492514,71
63001403	Tratamento em psiquiatria - Hospital Psiquiátrico B	25100	9531075,70
76500071	Broncopneumonia	21589	3405187,29
76300080	Broncopneumonia	21194	3277640,97
81500106	AVC agudo	20482	5860913,96
76400085	Broncopneumonia em lactente	15982	5608290,97
35009012	Cesariana	15913	3088775,21
74300270	Entero-infecções (pediatria)	14976	1729587,34
74500252	Entero-infecções (clínica médica)	13296	1413320,53
76300102	Crise asmática	12326	3246678,31
80500072	Pielonefrites	11231	1171770,22
76500233	Insuficiência respiratória aguda	10260	4124400,01
76500063	Pneumonia não especificada	8584	1333065,22
82500053	Diabetes sacarino	8526	1614730,43
72500000	Diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica	8147	483621,58
76400271	Entero-infecções em lactente	8079	1306654,62

14.592.2657,39

2.246.073,31

Fonte: DAHA - SSMA

Tabela 12 - Distribuição percentual das cinco principais causas de internação, segundo os 17 grupos de causas da CID 09, no Estado, por DRS / SSMA, RS, 1995 (1)

LOCAL	% GRUPOS DE CAUSAS (*)					
	VIII	XI	VII	I	IX	XVII
1 ^a	13,2	23,2	11,4	-	7,90	7,2
2 ^a	25	22,1	15	8,6	7,60	-
3 ^a	21,3	19,4	13,5	6,6	8,90	-
4 ^a	23,3	21,9	12,6	7,7	7,40	-
5 ^a	22,8	16,6	10,8	10	8,10	-
6 ^a	27,9	16,6	9,7	9,9	8,40	-
7 ^a	24,3	18,6	17,2	8,4	8,50	-
8 ^a	27,1	18,7	15,1	9,2	7,40	-
9 ^a	35,4	17,9	9,1	11,6	6,10	-
10 ^a	25,4	22,3	9,6	9,3	6,90	-
11 ^a	31,4	16,5	12,2	12,3	7,40	-
12 ^a	27,6	19,1	12,2	13	8,00	-
13 ^a	28,8	18,9	15	10,3	6,80	-
14 ^a	37,2	16,7	11,6	8,6	7,60	-
15 ^a	39,2	19,7	11,2	10,2	5,00	-
16 ^a	33,5	16	12,5	10,7	8,10	-
17 ^a	23,8	15,6	10,3	12,8	8,40	-
18 ^a	23,7	24,8	13	8,5	7,40	-
RS	22,3	20,4	12	8,1	7,00	-

Fonte: NIS/ASSTEPLAN/SSMA

(1) Tabela reproduzida parcialmente do Trabalho de Conclusão de 1996, do XX Curso de Especialização em Saúde Pública, da SSMA/ESP. FIOCRUZ/ENSP. "Perfil de Morbidade Hospitalar do RGS, SUS, 1995

(*) VIII (D. do Aparelho Respiratório); XI (Complicação da gravidez, parto e puerpério); VII (D. do Aparelho Circulatório); I (D. infecciosas e parasitárias); IX (D. do Aparelho Digestivo); XVII Causas externas

2. AS CONDIÇÕES AMBIENTAIS NO ESTADO

2.1. RECURSOS BIÓTICOS

Nas últimas três décadas inverteu-se o quadro de distribuição populacional no Estado, que passa a ser predominantemente urbana. A expansão agrícola, o incentivo ao modelo de agricultura empresarial (monoculturas) tem alterado profundamente a composição das culturas e aspectos estruturais da geomorfologia e edafologia de diferenciados ecossistemas, ocasionando crescente esgotamento de recursos naturais e o comprometimento da permanência da população rural na atividade agrária. Os recursos florestais, foram sendo dizimados através da exploração inadequada.

Estima-se que o Rio Grande do Sul possuía, antes da colonização, 40% de mata nativa. Eram 11,2 milhões de hectares 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 conhecidas nove espécies de vegetais com risco de extinção no Rio Grande do Sul, entre elas a erva-nativa e o pinheiro brasileiro. O desmatamento prejudicou enormemente o habitat de animais nativos. Deste ponto de vista, uma das regiões mais ameaçadas é a Província Atlântica.

O Rio Grande do Sul tem aproximadamente 53.000 Km² de solos de várzeas, destes, 15% são cultivados com arroz e em menor escala com outras culturas, parte significativa ainda mantém condições relativamente naturais; destas, a maior parte é constituída por banhados. A expansão do cultivo de arroz, a partir de 70, se deu ocupando áreas de várzeas. As lavouras de arroz e soja são de alta tecnologia, utilizando grande quantidade de agrotóxicos e maquinário pesado, causando grande impacto ambiental com o desmatamento indiscriminado e drenagem e/ou assoreamento de banhados.

Utilização de agrotóxicos reveste-se de especial gravidade. No ano de 1985, o Rio Grande do Sul, terceiro Estado brasileiro no consumo de agrotóxicos, comercializou 15% no total nacional de inseticidas, 7% dos fungicidas e 28% dos herbicidas, totalizando vendas de 23.655 toneladas de princípios ativos (39,5% inseticidas, 7,3% fungicidas e 53% herbicidas). Muitos destes são cancerígenos, teratogênicos e mutagênicos. O risco é agravado pela falta de conhecimento técnico dos agricultores.

Os campos naturais no Rio Grande do Sul são geralmente explorados sob pastoreio contínuo e extensivo, ocorrendo períodos de baixa pressão de pastejo nas épocas favoráveis ao crescimento das gramíneas, e alta pressão na época desfavorável. O emprego do fogo é usual para eliminar as sobras ou evitar o chamado “engrossamento” dos campos após o inverno, como se verifica nos campos de cima da serra.

O manejo inadequado em áreas inapropriadas dos campos tem levado a um processo de desertificação em partes do Rio Grande do Sul, principalmente em áreas cujo substrato é o arenito, na abrangência das bacias dos rios Ibicuí e Ibirapuitã. Vários municípios, como Alegrete, Santana do Livramento, Cacequi, Santa Maria, São Gabriel e São Francisco de Assis, ocupam áreas com essas características. No município de Alegrete formou-se o denominado deserto de São João, que segundo os habitantes locais, há cinquenta anos não ultrapassava a 12 ha e hoje vai além de 186 ha.

2.2. RECURSOS HÍDRICOS

O Rio Grande divide-se em 3 grandes bacias hidrográficas, a do Rio Uruguai, a do Guaíba e Planície Costeira.

Os estudos realizados sobre a situação ambiental do Estado evidenciam uma correlação entre as áreas de maior concentração e desenvolvimento industrial e aquelas já consideradas comprometidas com a qualidade ambiental. Essa correlação é consequência, entre outros fatores, de não realização de tratamento dos efluentes domésticos e industriais e da localização, por vezes inadequadas, de estabelecimentos em áreas com capacidade limitada de absorver cargas poluidoras.

A Bacia Hidrográfica do Rio Uruguai integrante da Bacia do Prata, se estende por territórios do Brasil, da Argentina e do Uruguai.

Os dados de qualidade do Rio Uruguai demonstram que as cargas de origem orgânica vêm sendo razoavelmente assimiladas pelo ambiente. Isso se deve às características do rio; a capacidade de reaeração e de diluição do rio é evidenciada pelos baixos valores de DBO5 e DQO a altos teores de oxigênio dissolvido. A contaminação de origem fecal é detectada, principalmente, em locais próximos a áreas de alta contaminação urbana. São detectadas concentrações de compostos de nitrogênio e fósforo que em alguns locais constituem um potencial de eutrofização. Compostos como metais pesados são detectados principalmente em sedimentos dos rios afluentes oriundos de áreas de influência da poluição industrial. As águas desta bacia, principalmente no trecho médio e superior, apresentam características típicas que demonstram elevados processos erosivos em decorrência do inadequado uso do solo agrícola. Nestes trechos também ocorrem problemas de contaminação por agrotóxicos, evidenciados por denúncias específicas.

Na Bacia Hidrográfica do Guaíba, formada pelos rios Gravataí, Sinos, Caí, Jacuí e Taquari as águas do rio Jacuí são as que apresentam melhor qualidade. O estudo das características físicas de suas águas revela águas turvas, com baixa transparência e baixo nível de sólidos decantáveis, consequência do elevado processo erosivo nesta sub-bacia, o que demonstra o manejo inadequado do uso do solo agrícola na mesma.

Com relação aos demais parâmetros, foram encontrados baixos teores de demanda bioquímica de oxigênio (DBO) e matéria hidrogenada; foi constatada a presença de óleos e graxas e de fenol em teores que não comprometem os seus usos atuais. Os metais pesados aparecem esporadicamente em teores muito abaixo dos padrões estabelecidos.

O estudo das características microbiológicas, especialmente coliformes total e fecal, revela áreas críticas em relação a estes parâmetros no Rio Vacacaí (próximo a São Gabriel), no Rio Taquari (próximo a São Jerônimo).

Nas águas do Rio Taquari-Antas, a contribuição de poluição orgânica de origem fecal é significativa, apresentando um alto percentual de coliformes fecais acima dos padrões recomendados para os usos da água. Sua poluição física é detectada em níveis moderados devido aos processos de erosão e de descargas de esgotos domésticos e industriais.

Apesar desta situação, as condições de oxigenação ainda são razoavelmente boas, provavelmente associados à boa capacidade de aeração mecânica e autodepuração.

O curso superior do Rio Caí apresenta velocidades elevadas com vários trechos em corredeiras. Esse fato contribui positivamente para que o rio se mantenha em

altas concentrações de oxigênio dissolvido e boa capacidade de assimilar as matérias poluentes orgânicas.

No seu curso inferior, com velocidade reduzida e com o aporte de cargas significativas, principalmente oriundas do Arroio Pinhal (Caxias do Sul), Arroio Cadeia e da cidade de Montenegro, sua qualidade se deteriora significativamente. Esta deterioração é constatada através, principalmente, dos parâmetros de oxigênio dissolvido, demanda bioquímica de oxigênio e coliformes fecais. Sendo que os valores de coliformes fecais estão normalmente fora dos padrões estabelecidos neste trecho e os valores de DBO5 e OD ultrapassam aos padrões, especialmente nas proximidades do Arroio Pinhal. Dos metais pesados, com exceção de zinco que é detectado em todo o curso do rio, os demais são encontrados esporadicamente em pequenas concentrações. No Arroio Pinhal, são encontrados quase todos os metais com valores significativos.

No estudo da qualidade das águas do Rio Gravataí, considera-se o trecho compreendido entre o Passo dos Negros e a foz, não tendo sido analisado os dados referentes ao Banhado Grande.

A carga poluidora lançada no Rio Gravataí e suas características naturais tornam a qualidade de suas águas extremamente crítica, notando-se uma degradação progressiva em direção à foz.

A poluição predominante no Rio Gravataí é de origem orgânica, isto é, evidenciada pelos altos valores de coliformes fecais, nitrogênio total, fósforo total, amônia e, principalmente, oxigênio dissolvido, sendo que, em períodos de estiagem, várias análises revelam valor zero nas proximidades da foz.

Com relação aos metais pesados, constata-se que a presença dos mesmos no rio é pouco significativa. A criticidade do Rio Gravataí se acentua também em função de ser um rio de planície, com baixa vazão e com pouca capacidade de autodepuração.

Analisando a qualidade das águas do Guaíba e do Delta do Jacuí, segundo dados CESB/DMAE, percebe-se que a margem esquerda apresenta maior comprometimento, principalmente devido a influência direta das águas dos Rios dos Sinos e Gravataí, bem como da parte norte de área urbana de Porto Alegre. Esse comprometimento é evidenciado através dos parâmetros coliformes fecais, OD, DBO e amônia, que encontram-se fora dos padrões recomendados.

A margem direita do Guaíba é o trecho de melhor qualidade, com exceção da região junto a cidade de Guaíba.

Quanto ao Delta do Jacuí, as águas de melhor qualidade são as dos trechos mais próximos a foz do Rio Jacuí, com características semelhantes ao mesmo.

O Rio dos Sinos apresenta a qualidade de suas águas deteriorada, sendo considerada crítica no seu trecho inferior, principalmente de Arroio Luís Rau até a foz. Os arroios formadores dos Sinos, a partir de Sapiranga, são os grandes condutores de elementos poluidores. Ao mesmo tempo, eles contribuem para diminuir o impacto dos despejos no rio principal, pois muitos poluentes depositam-se nos sedimentos e o tempo de retenção até a chegada no curso principal permite uma autodepuração. Em épocas de estiagem o estado da qualidade das águas tornam especialmente crítico, apresentando situações agudas com mortandade de peixes e dificuldades nas estações de tratamento de água.

Na Bacia da Planície Costeira, encontram-se:

- a sub-bacia da Laguna dos Patos, compreendendo todos os cursos d'água que drenam para a laguna, destacando-se as sub-bacias do Rio Camaquã, Rio Piratini;
- a sub-bacia Lagoa Mirim-São Gonçalo;
- e a sub-bacia da Planície Costeira.

É característico da Planície Costeira a presença de uma seqüência de lagoas paralelas à linha oceânica, mas algumas destas lagoas são mais interiores, como a Lagoa dos Quadros e outras na região de Osório. Também estão presentes cursos de água lóticos como os rios Três Forquilhas, Maquiné.

A caracterização da qualidade da água na região permite dizer que:

- lagoas e lagoas da região norte da Planície Costeira são frágeis à ação antropogênica pois, em função da morfologia, profundidade, teor de nutrientes e comunidades vegetais, apresentam, muitas vezes, alto grau de trofia e processos de colmatação. Estas características permitem a ocorrência de habitats específicos, propiciando inclusive a existência de espécies de interesse científico e econômico;

- a maioria das lagoas e lagoas apresenta água de boa qualidade, condizente com os usos atuais;

- há necessidade de tratamento de esgotos domésticos;

- são importantes os Subsistemas dos Estuários de Tramandaí e Torres para a pesca na região.

Deve-se destacar a bacia do Rio Camaquã em função de sua área de drenagem e dos diversos problemas existentes nos mananciais desta sub-bacia. Especialmente os problemas de garimpo de ouro e mineração de cobre em suas nascentes e a poluição de suas águas por metais pesados e material sólido, bem como a intensa utilização do solo para agricultura.

Cabe também destacar a localização na Planície Costeira das cidades de Pelotas e Rio Grande, importantes centros urbanos e industriais do Estado. A cidade de Rio Grande localiza-se às margens da Laguna dos Patos, ao sul. O estuário da Laguna dos Patos é o mais importante da região sul do Brasil, sua hidrodinâmica apresenta variações sazonais, condicionadas pelas marés astronômicas e pelos ventos. A qualidade de suas águas apresenta-se comprometida próximo às áreas de lançamento de esgotos domésticos e industriais. Neste estuário ocorrem espécies estuarinas, marinhas e límnicas de importância comercial para a região; localizando-se nesta área o maior pólo de pesca tanto artesanal como industrial do Estado.

2.3. RECURSOS ATMOSFÉRICOS

No Estado do Rio Grande do Sul, os processos e aquecimentos industriais, os veículos automotores e a termoelectricidade constituem as causas principais da degradação da qualidade do ar. São lançados na atmosfera anualmente 1.051.009 toneladas de monóxido de carbono, 234.881 toneladas de HC, 415.870 toneladas de NOx, 293.375 toneladas de SO₂ e 227.334 toneladas de material particulado (dados de 1991).

A região Metropolitana de Porto Alegre constitui o maior gerador de poluentes atmosféricos, sendo responsável pela emissão de cerca de 36% do monóxido de carbono (CO) do Estado, 43% dos hidrocarbonetos (HC), 30% dos óxidos de nitrogênio (NOx), 35% do dióxido de enxofre (SO₂) e 26% do material particulado (MP).

Em Porto Alegre, junto às grandes avenidas centrais, onde predomina tráfego intenso de veículos de transporte coletivo, individual e de cargas, temos uma inadequada qualidade do ar, principalmente para partículas totais em suspensão. Na medida que se tem aplicado o uso de Diesel Metropolitano com uma redução de 0,5% de enxofre tem-se conseguido alcançar os padrões de qualidade de dióxido de enxofre em áreas onde anteriormente não era possível. Nas áreas ao sul de Porto Alegre, donde vem o “ar limpo”, mesmo com a circulação de veículos, estes padrões são verificados, pois a boa ventilação nestas áreas é suficiente para diluir estes poluentes. Finalmente, nas zonas de média ocupação do solo, com usos diversos, além do residencial, verifica-se a tendência ao atendimento dos padrões de qualidade, com eventuais valores próximos, mas inferiores, aos valores legislados.

No restante da Região Metropolitana, onde existem medições, verificamos uma tendência ao atendimento dos padrões de qualidade dos dois parâmetros monitorados (caso das estações de Guaíba e Triunfo).

Em Caxias do Sul, verificamos a tendência ao atendimento do padrão de dióxido de enxofre, mas a violação do padrão de qualidade para partículas em suspensão, na área da estação, de ocupação mista residencial-comercial.

No município de Rio Grande, no extremo sul do Estado, com uma boa atividade industrial e um contingente populacional próximo aos 170 mil habitantes na área urbana, foram instaladas estações de monitoramento do ar. Os dados coletados revelam o atendimento dos padrões de qualidade de dióxido de enxofre e partículas totais em suspensão, com exceção de uma estação, que recebia a influência de uma indústria local, pela poeira que lançava. Tendo sido desativada, por razões econômicas, deixou de criar concentrações elevadas de partículas totais em suspensão na área da estação, de modo que, hoje, os padrões são atendidos integralmente.

(Arq. CODAMB.DOC)

3. CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS DO SUS

O SUS/RS organiza-se através dos órgãos gestores governamentais (estadual e municipais) e de instâncias colegiadas (Comissão Intergestores, Conselhos e Conferências de Saúde). Estas estruturas são responsáveis pelo modelo de gestão adotado no Estado, pelo processo da descentralização das ações e serviços de saúde, operacionalizada através da municipalização, e pelo modelo de atenção à saúde vigente.

A seguir são apresentadas as principais características destas estruturas e dos modelos de gestão e de saúde implantados no Estado.

3.1. ÓRGÃOS GESTORES

3.1.1. SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

A Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente (SSMA) é o órgão gestor do SUS a nível estadual.

A Lei 10335/95, que dispõe sobre a estrutura organizacional da Administração Direta estadual, define as áreas de competência da SSMA (Artigo 8º, inciso IX). A sua estrutura básica é definida pelo Decreto 35920/95, alterado pelo Decreto 36978/96, e as competências de funcionamento dos órgãos integrantes são explicitadas no Decreto 36502/96 (Regimento Interno).

Conforme definido no Regimento Interno, a SSMA tem por finalidade atuar nas seguintes áreas de competência :

- elaboração de diretrizes da política da saúde e do meio ambiente;
- promoção e proteção da saúde;
- assistência médico-hospitalar;
- vigilância epidemiológica e sanitária;
- controle do exercício profissional vinculado à saúde;
- elaboração e fornecimento de produtos profiláticos e terapêuticos;
- informação e orientação da saúde;
- capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos para a área da saúde;
- proteção, restauração e fiscalização do meio ambiente, nos termos do artigo 251, parágrafo 1º, da Constituição do Estado.

A nova estrutura da SSMA, apresentada na Figura 27, buscou adequar seu funcionamento à legislação do SUS, no que tange às atribuições e competências do Estado, e seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Programa de Reforma do Estado.

Conforme podemos observar no organograma, a SSMA é composta pelos órgãos de assistência e assessoramento direto e imediato ao Secretário - Gabinete, Assessorias Jurídica, de Comunicação Social, Técnica e de Planejamento e Meio Ambiente; Auditoria Médica; Direção Geral e órgãos de execução, quais sejam, os

Departamentos, a Escola de Saúde Pública, e os órgãos vinculados - Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde e Fundação Estadual de Proteção Ambiental Henrique Luis Roessler. Fazem parte, ainda, da estrutura da SSMA o Conselho Estadual de Saúde, o Conselho Estadual de Meio Ambiente e o Fundo Estadual de Saúde.

Descreve-se, a seguir, as principais atribuições dos órgãos executores e vinculados à SSMA.

Departamento de Ações em Saúde - DAS

É o órgão responsável pelo fornecimento de subsídios técnicos (diagnóstico epidemiológico) para a definição dos agravos prioritários que serão objeto de programas específicos de saúde, normatizando e organizando as ações e estratégias relacionadas ao seu controle, e definindo os indicadores epidemiológicos e operacionais de avaliação.

Entre outras competências, participa da descentralização dos programas de atenção à saúde para as regionais e municípios, assessorando e fornecendo subsídios à elaboração dos Planos Municipais de Saúde, através da coordenação, supervisão, avaliação do cumprimento de metas, e capacitação de recursos humanos do ponto de vista técnico, administrativo e financeiro, em conjunto com as áreas pertinentes. Participa, também, com os demais departamentos, da programação da SSMA, na definição das ações prioritárias a serem desenvolvidas pela rede ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como pelos órgãos de referência e de apoio estratégico.

O DAS é composto de seis (6) divisões :

1. Divisão de Apoio Técnico e Administrativo que tem, entre suas competências, a coordenação e promoção do desenvolvimento do Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica, coordenando e supervisionando a Política de Vigilância Epidemiológica em função dos programas/projetos/atividades definidos no Plano Estadual de Saúde.
2. Divisão de Controle de Doenças Transmissíveis Agudas, que assessora as DRS's e municípios na organização e programação da assistência ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico e terapêutico para as ações de controle, tanto no que se refere às doenças imunopreveníveis quanto as demais doenças epidêmicas.
3. Divisão de Programas de Saúde, que tem sob sua responsabilidade os programas das seguintes áreas : Saúde da Criança e do Adolescente, da Mulher, do Idoso, Saúde Ocupacional, Saúde Mental e Neurológica, Saúde Bucal, Pneumologia Sanitária, Dermatologia Sanitária, Controle da AIDS, Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Controle de Agravos Crônico-Degenerativos, Controle de Câncer e Controle de Zoonoses e Vetores.
4. Divisão de Programas e Projetos Especiais, que tem sob sua competência os Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e de Terapias Alternativas.
5. Divisão de Vigilância Sanitária, que atua na formulação da Política de Vigilância Sanitária da SSMA junto aos órgãos afins.
6. Divisão de Saneamento Básico, que tem como sua competência a identificação de áreas e populações desprovidas de saneamento básico, assessorando e executando, junto

com os municípios, os programas de saneamento comunitário, através das Delegacias Regionais de Saúde.

Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial - DAHA

A este departamento compete planejar, programar, coordenar, controlar e avaliar o sistema público e privado conveniado, contratado ou credenciado de assistência ambulatorial, hospitalar e de alto custo, como também as ações referentes ao controle da infecção hospitalar, à assistência complementar, como a concessão de materiais, órteses e próteses ambulatoriais, o tratamento fora de domicílio, a atenção ao portador de deficiências, e o programa de doação de órgãos e transplantes.

Departamento de Coordenação de Hospitais e Hemocentros

Tem por competência planejar, coordenar e avaliar a administração e gerenciamento dos Hospitais e Hemocentros mantidos pela SSMA, provendo os recursos financeiros e suporte técnico-gerencial necessários para o desenvolvimento e manutenção das atividades.

Abrange as seguintes instituições: Hospital Psiquiátrico São Pedro; Hospital Sanatório Partenon; Hospital Colônia Itapuã; Hospital Regional de Tuberculose Alexandre Lisboa; Instituto de Cardiologia; Hospital de Alvorada; Hospital de Cachoerinha; Instituto Dom Bosco e Hemocentros em construção.

A organização e o funcionamento dos hospitais e Hemocentros são regulados por regimentos internos próprios, aprovados pelo Secretário da Saúde e do Meio Ambiente.

Departamento de Coordenação das Regionais

Este Departamento tem por competência coordenar o Sistema de Saúde no âmbito regional, através das ações desenvolvidas pela rede de dezoito (18) Delegacias Regionais de Saúde (DRS). (Figura 28)

As DRS a partir de 1995 foram estruturadas em quatro seções : Administrativa, de Planejamento, de Ações de Saúde e de Saneamento Básico.

Nesta nova estruturação as principais atribuições das DRS na sua área de jurisdição são :

- implementar a Política Estadual de Saúde;
- coordenar, acompanhar e avaliar a implantação do SUS;
- prover suporte técnico e gerencial aos Sistemas Municipais de Saúde;

- participar com o nível central da SSMA da formulação e implantação de programas, projetos e atividades;
- manter o sistema de informações em saúde;
- promover a capacitação de recursos humanos;
- coordenar e executar , complementar e/ou supletivamente as ações e serviços de saúde nos municípios, sempre que necessário, aí incluídas as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e de saneamento básico;
- coordenar e executar as ações e serviços de saúde nos municípios não habilitados a gestão do sistema municipal;
- promover e assessorar os municípios na organização e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde;
- participar dos Conselhos Regionais de Saúde.

Departamento Administrativo

Este departamento é responsável pelas atividades de apoio administrativo da SSMA, em relação a recursos humanos, manutenção e controle de bens patrimoniais, documentação e arquivo, protocolo geral, transportes, execução orçamentária e financeira dos recursos providos do Tesouro do Estado, estoque de suprimentos e materiais, convênios e contratos, projetos de arquitetura e engenharia e licitações.

Escola de Saúde Pública

A Escola de Saúde Pública tem por atribuições :

- promover e executar, em articulação com o Departamento Administrativo, o desenvolvimento de recursos humanos da SSMA;
- assessorar os municípios no que se refere à implementação dos sistemas municipais de saúde, em conjunto com as delegacias regionais de saúde;
- produzir e divulgar conhecimento nas áreas de educação e saúde;
- promover estudos e pesquisas sobre assuntos de interesse do setor saúde;
- promover convênios, acordos, contratos e ajustes com órgãos públicos e entidades privadas - nacionais ou estrangeiras - para ensino, estudo e pesquisa, visando a troca de informações e a cooperação nos programas compreendidos em seu âmbito de ação;
- executar outras atividades correlatas ou que lhe venham a ser atribuídas.

Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde - FEPPS

A Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde - fundação de direito público - foi criada em 29.12.94, através da Lei nº 10.349/94, como instrumento de apoio à execução de atividades no âmbito do SUS.

Tem como finalidades básicas :

- servir de referência e apoio à Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e aos programas de saúde;
- produzir medicamentos, imunobiológicos e correlatos, produtos e serviços relacionados à saúde, fornecendo-os prioritariamente aos órgãos do SUS;
- atuar na área de pesquisa e assessoramento, propondo ações e diretrizes nas áreas afins;
- manter sistema de documentação, informação e disseminação de conhecimentos técnico-científicos referentes a sua área de competência;
- proporcionar treinamento a estudantes e técnicos especializados de profissões relacionadas com suas finalidades.

Integram a FEPPS os seguintes departamentos :

1. Departamento Industrial - Laboratório Farmacêutico do Estado (LAFERGS);
2. Departamento de Controle de Qualidade da Produção;
3. Laboratório Central do Estado (LACEN/RS), com a Divisão de Laboratórios de Saúde Pública (DILASP) e dezesseis (16) Laboratórios Regionais;
4. Hemocentro Central do Estado (HEMORGS) e Hemocentro de Passo Fundo;
5. Departamento de Toxicologia (CIT);
6. Departamentos Administrativos - Recursos Humanos, Administração Geral, Finanças.

O Conselho Deliberativo da FEPPS conta com um representante de cada um dos seguintes órgãos: SSMA, Secretaria de Ciência e Tecnologia, Conselho Estadual de Saúde (usuários), Federação das Associações de Municípios do Estado do Rio Grande do Sul (FAMURS), além de um representante dos funcionários da própria FEPPS e das instituições universitárias sediadas no Estado.

A fiscalização e controle da aplicação dos recursos orçamentários da instituição é exercida pela Comissão de Controle, órgão colegiado diretamente ligado à Presidência, integrado por um representante da Secretaria do Planejamento e da Administração, um da Contadoria e Auditoria Geral do Estado (CAGE) e um da SSMA.

Fundação Estadual de Proteção Ambiental Henrique Luis Roessler -FEPAM

A FEPAM foi criada através da Lei 9077, de 4 de junho de 1990 e sua implantação definitiva ocorreu em 4 de dezembro de 1991, com a criação do Plano de Cargos e Salários.

A Fundação Estadual de Proteção Ambiental, com personalidade jurídica de direito privado, vinculada à SSMA, tem por finalidade atuar como órgão técnico do Sistema Estadual de Proteção Ambiental. Suas competências são fiscalizar, licenciar, desenvolver estudos e pesquisas, executar programas e projetos, com vistas a assegurar a proteção e preservação do meio ambiente no Estado. Compete à FEPAM :

- diagnosticar, acompanhar e controlar a qualidade do meio ambiente;
- prevenir, combater e controlar a poluição em todas as suas formas;
- propor programas que visem implementar a Política de Meio Ambiente no Estado;
- exercer a fiscalização e licenciar atividades e empreendimentos que possam gerar impacto ambiental, bem como notificar, autuar e aplicar as penas cabíveis, no exercício do poder de polícia;
- propor projetos de legislação ambiental, fiscalizar o cumprimento das normas pertinentes e aplicar penalidades;
- propor planos e diretrizes regionais objetivando a manutenção da qualidade ambiental;
- proteger os processos ecológicos essenciais, obras e monumentos paisagísticos, históricos e materiais;
- manter sistema de documentação e divulgação de conhecimentos técnicos referentes a área ambiental;
- divulgar regularmente à comunidade diagnóstico e prognóstico da qualidade ambiental do Estado;
- assistir tecnicamente os municípios, movimentos comunitários e entidades de caráter cultural, científico e educacional, com finalidades ecológicas nas questões referentes à proteção ambiental;
- desenvolver atividades educacionais visando a compreensão social dos problemas ambientais;
- treinar pessoal para o exercício de funções inerentes a sua área de atuação;
- desenvolver pesquisas e estudos de caráter ambiental;
- executar outras tarefas compatíveis com suas finalidades.

Fundo Estadual de Saúde - FES

A Lei nº 6.573, de 05.07.73, instituiu o Fundo Estadual de Saúde, posteriormente regulamentado pelo Decreto nº 33.845, de 04.02.91.

O FES destina-se a apoiar, em caráter supletivo, os programas de trabalho relacionados com a saúde individual e coletiva e com o meio ambiente, desenvolvidos ou coordenados pela SSMA.

Conforme prevê o Artº. 2º do Decreto de regulamentação, constituirão recursos financeiros vinculados ao Fundo Estadual de Saúde:

- a) os provenientes de dotações constantes do Orçamento Geral do Estado, a ele destinados;
- b) as contribuições, subvenções e auxílios da União, do Estado e dos Municípios e de suas respectivas autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações;
- c) os resultados de convênios, contratos e acordos, celebrados entre o Estado e instituições públicas ou privadas, observadas as obrigações contidas nos respectivos instrumentos;
- d) as importâncias recebidas de pessoas físicas e jurídicas ou de organismos públicos e privados, nacionais e estrangeiros e internacionais;
- e) os rendimentos decorrentes de aplicações no mercado financeiro;
- f) o produto de operações de crédito; e
- g) outras rendas que, por sua natureza, possam ser destinadas ao Fundo Estadual de Saúde.

Os recursos financeiros do FES serão administrados pela SSMA, através de uma Junta de Administração e Planejamento, integrada por três (3) membros, sob a supervisão direta do Secretário de Estado da Saúde e do Meio Ambiente.

Fundo Estadual do Meio Ambiente - FEMA

O Fundo Estadual do Meio Ambiente, vinculado à SSMA, foi criado pela Lei 10.330, de 27/12/94 (Art. 21), tendo por objetivo prover recursos para a proteção e conservação do meio ambiente.

O FEMA tem orçamento próprio conforme fontes de recursos especificados na Lei 10.3030/94, cuja utilização é controlada e fiscalizada pelo Conselho Estadual do Meio Ambiente (CONSEMA), com base nas prioridades definidas pela SSMA.

Os recursos do FEMA destinam-se aos órgãos estaduais executivos incumbidos da realização das atividades relativas ao meio ambiente. O FEMA pode também repassar recursos às ONG's e consórcios de municípios, entre outros, para projetos aprovados pelo CONSEMA, mediante convênios aprovados pela Assembléia Legislativa.

(arq. CONDORGA.DOC)

SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE
ESTRUTURA BÁSICA

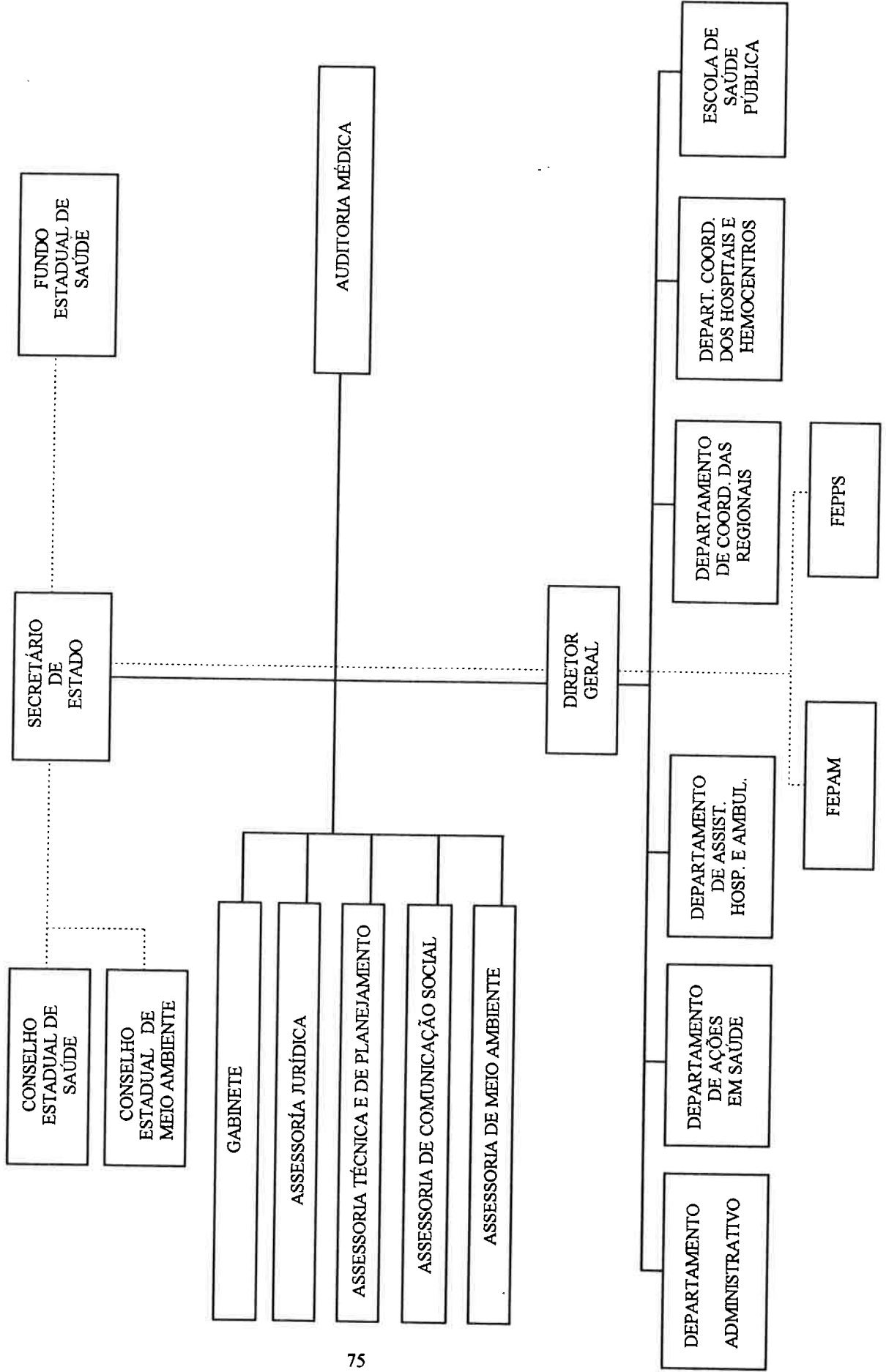


Figura 28 - Localização das Delegacias Regionais de Saúde



Sedes das Delegacias Regionais de Saúde - RS		
1ª DRS - Porto Alegre	7ª DRS - Bagé	13ª DRS - Santa Cruz do Sul
2ª DRS - Porto Alegre	8ª DRS - Cachoeira do Sul	14ª DRS - Santa Rosa
3ª DRS - Pelotas	9ª DRS - Cruz Alta	15ª DRS - Palmeira das Missões
4ª DRS - Santa Maria	10ª DRS - Alegrete	16ª DRS Lajeado
5ª DRS - Caxias do Sul	11ª DRS - Erechim	17ª DRS - Ijuí
6ª DRS - Passo Fundo	12ª DRS - Santo Ângelo	18ª DRS - Osório

Fonte: SSMA

3.1.2. SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

As secretarias municipais de saúde são os órgãos gestores do SUS a nível municipal.

A análise de 90 relatórios de gestão (*) de 141 municípios municipalizados em 1994 pela NOB-SUS 01/93 evidenciou deficiências estruturais e gerenciais nos municípios. Os problemas foram detectados através das dificuldades apresentadas pelas Secretarias Municipais de Saúde em assumir integralmente o planejamento, execução, controle e avaliação das ações de saúde (assistência médico-odontológica, programas de saúde, vigilância sanitária) e o gerenciamento da assistência ambulatorial e hospitalar. Entre as principais causas apontadas pelos municípios estão a carência e/ou falta de capacitação de recursos humanos e a resistência dos profissionais de saúde em prestar serviços ao SUS.

Em relação ao gerenciamento da assistência ambulatorial e hospitalar, os principais problemas destacados foram o teto físico-financeiro estabelecido para os procedimentos, considerado abaixo das necessidades por 100% dos municípios; a falta ou desinteresse dos profissionais especializados em prestar serviços ao SUS, pela baixa remuneração (58,3% dos municípios); baixo valor da tabela do SUS e atrasos no pagamento/repasso de recursos (50% dos municípios) e carência de recursos humanos (33,3% dos municípios).

Especificamente em relação ao controle e avaliação das ações e serviços de saúde, base para a mensuração do desempenho qualitativo e quantitativo, constata-se que existe sistema implantado em apenas 2,2% dos municípios em gestão descentralizada. Em 60% dos municípios o sistema está parcialmente implantado e em 34,4% não está implantado. Entre os principais motivos para a não implantação do sistema de controle e avaliação estão a carência de recursos humanos e a falta de informatização.

Na área financeira, 23% dos municípios referiram problemas com o Fundo Municipal de Saúde: inexistência, não regulamentação, inatividade, centralização pela Secretaria da Fazenda, carência de recursos humanos para o gerenciamento.

Os municípios referiram ainda, necessidade de assessoria e capacitação, em especial nas áreas de vigilância sanitária (43,3%), saúde ocupacional (31,1%), controle e avaliação (21,1%) e vigilância epidemiológica (15,5%).

(Arq. SMUNSAU.DOC)

(*) Do total de 141 municípios que municipalizaram a gestão de saúde, em 1994, de acordo com a NOB-SUS 01/93, têm-se que 90 encaminharam Relatórios de Gestão (63,3%).

3.2. INSTÂNCIAS COLEGIADAS

As instâncias colegiadas do SUS - Comissão Intergestores, Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde - tem por objetivo garantir os princípios do SUS, em especial a universalidade, a equidade e a participação popular na gestão do Sistema.

3.2.1. COMISSÃO INTERGESTORES

Para o gerenciamento do processo de descentralização do SUS, a NOB-SUS 01/93 estabeleceu, como foro de negociação e deliberação sobre aspectos operacionais desse processo, a criação de Comissões Intergestores: Tripartite (a nível nacional) e Bipartite (a nível estadual).

A Portaria 09/93 da SSMA, modificada pela Portaria 001/95-SSMA, criou a Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul - CIB/RS, que é integrada paritariamente pelos seguintes membros :

Representantes do Gestor Estadual

- Secretário Estadual de Saúde e Meio Ambiente
- Diretor Geral
- Coordenador da Assessoria Técnica e de Planejamento

(ASSTEPLAN)

- Diretor do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA)

Representantes dos Gestores Municipais

- Secretário de Saúde da Capital (membro nato)
- um Secretário de Saúde de município de grande porte
- um Secretário de Saúde de município de médio porte
- um Secretário de Saúde de município de pequeno porte

Os Secretários de Saúde representando municípios do interior do estado são indicados pela ASSEDISA.

O Conselho Estadual de Saúde e FAMURS participam, com um representante, das deliberações da CIB/RS, como convidados permanentes de todas as reuniões.

A CIB/RS tem como competência principal “formular, executar e acompanhar o processo de negociação a ser estabelecido entre o gestor estadual e os gestores municipais, visando primordialmente a imediata viabilização da política de municipalização do SUS/RS”.

Possui uma Comissão Técnica que tem, entre seus objetivos, preparar os temas a serem desenvolvidos nas reuniões. As atas das reuniões são enviadas ao CES e à Coordenadoria das Promotorias Cíveis do Rio Grande do Sul para o acompanhamento do processo de implantação do SUS no Estado.

Sendo a CIB/RS uma instância de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS no Estado, as suas conclusões, após serem submetidas ao poder deliberador e fiscalizador do CES/RS, são homologadas por “Resoluções”.

Nas CIB's e na CIT, são apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, bem como pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Da mesma forma, são pactuadas os tetos financeiros possíveis dentro dos limites orçamentários, oriundos dos recursos das três esferas de governo, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais e às exigências ambientais. O pacto e a integração das programações constituem fundamentalmente, a consequência prática da relação entre os gestores do SUS.

Deverá ser estudada a proposta, referendada pela II CONFES/RS, da criação de CIB's Regionais, ligadas às dezoito (18) Delegacias Regionais de Saúde, no sentido de ampliar a atuação das mesmas, aproximando-as da realidade local.

3.2.2. CONSELHOS DE SAÚDE

A Constituição Federal (Art. 148), as Leis 8080/90 e 8142/90, e a Constituição Estadual (Art. 242) colocam a participação da comunidade como um dos princípios fundamentais do SUS.

A Lei nº 8142/90, no Art. 1º, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelecendo duas instâncias colegiadas com esta finalidade: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, a nível nacional, estadual e municipal.

3.2.2.1. Conselho Estadual de Saúde

No Estado do Rio Grande do Sul, o Conselho Estadual de Saúde foi instituído em 31/01/94 através da Lei nº 10.097/94, com funções deliberativas, normativas e fiscalizadoras.

Esta Lei, no Art. 8º, define as seguintes competências do CES/RS:

- I. acompanhar e controlar a movimentação e os destinos dos recursos na execução orçamentária da Secretaria da Saúde;
- II. definir critérios para a celebração de contratos entre o setor público e entidades privadas no que tange à prestação de serviços de saúde;
- III. avaliar as unidades do setor privado prestador de serviços de saúde que serão contratadas para atuarem de forma complementar no SUS, bem como acompanhar, controlar e fiscalizar a atuação das mesmas;
- IV. aprovar critérios e valores complementares à tabela nacional de remuneração de serviços, e os parâmetros estaduais de cobertura assistencial;
- V. promover a ampla descentralização das ações e serviços de saúde, bem como dos recursos financeiros;

- VI. atuar para o desenvolvimento e formação dos Conselhos Regionais, Municipais e Locais de Saúde;
- VII. apreciar e aprovar previamente convênios e termos aditivos a serem firmados pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente;
- VIII. atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul;
- IX. acompanhar, analisar e fiscalizar o Sistema Único de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul;
- X. estabelecer diretrizes, apreciar e aprovar o Plano Estadual de Saúde, bem como acompanhar e avaliar sua execução;
- XI. apreciar e aprovar a proposta do Plano Plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias e do Orçamento Anual da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente;
- XII. apreciar e aprovar o Plano de Aplicação e a prestação de contas do Fundo Estadual de Saúde, bem como acompanhar e fiscalizar sua movimentação;
- XIII. apreciar e aprovar os Relatórios de Gestão do Sistema Único de Saúde apresentados pelo gestor estadual;
- XIV. apreciar, analisar e deliberar sobre as políticas setoriais de saúde, bem como acompanhar e fiscalizar a sua implementação;
- XV. estabelecer critérios, bem como acompanhar e controlar a atuação do setor privado na área de saúde, credenciado mediante contrato e convênio para integrar o Sistema Único de Saúde no Estado;
- XVI. aprovar o regulamento, a organização e as normas de funcionamento das Conferências Estaduais de Saúde reunidas, ordinariamente, e convocá-las extraordinariamente;
- XVII. formular diretrizes e instruções para a formação e funcionamento dos Conselhos Regionais de Saúde;
- XVIII. outras atribuições, definidas e asseguradas em atos complementares, baixadas pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, que se referirem à operacionalidade e à gestão do Sistema Único de Saúde - SUS.

O CES/RS tem caráter permanente, e é integrado por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, sendo esta última representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. É composto por 52 conselheiros titulares e seus suplentes: onze (11) do segmento governamental; cinco (5) do segmento dos prestadores de serviços; dez (10) do segmentos dos profissionais de saúde e vinte e seis (26) dos usuários. Reune-se quinzenalmente e, sempre que necessário, extraordinariamente, sendo a frequência dos conselheiros às plenárias ordinárias da ordem de 60%. Tem a seguinte estrutura: Plenária, Mesa Diretora, Secretaria, Secretaria Executiva, duas Comissões Permanentes - de fiscalização e técnica - e cinco Comissões Provisórias - saúde do trabalhador, saúde mental, cursos, regimento e legislação. A Mesa Diretora é eleita pela Plenária, para um mandato de 02 anos, sendo o atual presidente representante da Secretaria de Educação.

O CES/RS tem livre acesso às informações que requer à SSMA. Participa na definição do orçamento para a saúde, examina contratos e convênios com o

setor privado e os projetos de consórcios. A SSMA tem enviado regularmente os planos de aplicação dos recursos do SUS e as prestações de conta para apreciação do CES, assim como outros dados relevantes em relação aos serviços produzidos, mas o Conselho ressentiu-se da falta de conselheiros qualificados para o exame dessas questões, em especial as relativas à execução orçamentária.

É mantida interface com o Ministério Público, e outros Conselhos Estaduais, como o de Entorpecentes, de Assistência Social, do Idoso, do Meio Ambiente e da Criança e Adolescente, assim como é mantido contato permanente com os Conselhos Municipais através de pareceres, informações e instruções normativas. Além disso, o CES/RS participa da Comissão Intergestores Bipartite como convidado permanente.

A manutenção de um boletim informativo periódico, distribuído para 280 Conselhos Municipais de Saúde no Estado tem por objetivo divulgar as principais realizações e deliberações do CES.

O CES/RS participou do “Projeto de Apoio e Assessoria aos Municípios Gaúchos”, em parceria com o Ministério Público, a Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA), a Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS), a SSMA e o Ministério da Saúde. O projeto teve por objetivo subsidiar o usuário e o prestador de serviço do SUS com orientações claras e precisas acerca dos direitos, deveres e responsabilidades de cada um, bem como instrumentalizar os gestores com subsídios legais, técnicos e operacionais. Neste sentido foi publicado o livro “SUS/RS - Descentralizando e Democratizando o Conhecimento”, coletânea de legislação do SUS/RS. Com o mesmo objetivo, o CES/RS edita o “Manual do Conselheiro”, distribui cartazes nos serviços do SUS, orientando os usuários sobre seus direitos, e realiza cursos de formação de conselheiros, procurando aprimorar o papel exercido pelos Conselheiros no controle social do SUS.

Os maiores problemas enfrentados pelo CES referem-se à falta de infraestrutura física e de recursos humanos para o pleno desenvolvimento de suas atribuições. A Lei que regulamenta o CES/RS, no Art. 9º, estabelece que cabe à SSMA garantir “o apoio administrativo, operacional, econômico, financeiro, recursos materiais e humanos necessários ao seu pleno funcionamento”. A SSMA, além de dependências e equipamentos básicos, cedeu ao CES um assessor jurídico, um assessor administrativo contratado pela FUGAST e dois estagiários. Esses recursos humanos são insuficientes para atender às demandas do próprio CES.

A II CONFES/RS considerou insuficiente o controle social exercido sobre o SUS em nosso Estado, apontando como causa o pequeno conhecimento da população sobre seus direitos, pela falta de divulgação adequada de informações.

3.2.2.2. Conselhos Regionais de Saúde

O Estado conta com sete (7) Conselhos Regionais de Saúde (CRS's), que atuam no âmbito das respectivas Delegacias Regionais de Saúde:

1. CRS de Caxias do Sul (5ª DRS)
2. CRS do Litoral (18ª DRS)
3. CRS de Passo Fundo (6ª DRS)
4. CRS de Santa Maria (4ª DRS)
5. CRS de Erechim (11ª DRS)
6. CRS de Ijuí (17ª DRS)
7. CRS das Missões (12ª DRS)

Está sendo discutida a criação do CRS da Região Metropolitana (1ª e 2ª DRS), com proposta diferenciada de critérios já estabelecidos pelo CES. A região da 13ª DRS (Santa Cruz do Sul) entrou com pedido de criação de Conselho Regional, que será analisado pelo CES.

3.2.2.3. Conselhos Municipais de Saúde

Atualmente há 274 municípios com Conselhos Municipais de Saúde cadastrados junto ao CES/RS, o que representa 59% dos 467 municípios do Estado. Todos os municípios municipalizados pela NOB-SUS 01/93 (225) contam com o CMS atuante, visto ser esta uma condição para a habilitação.

Os municípios de pequeno porte têm apresentado dificuldades em compor esta instância colegiada por não possuírem representantes da área de prestadores de serviço e/ou profissionais de saúde. Outra dificuldade encontrada na implantação dos conselhos municipais de saúde é o não cumprimento da legislação que determina o apoio governamental aos mesmos, através da cedência de recursos humanos qualificados, que possibilitem a execução de suas competências, em especial a de fiscalização financeira, e de recursos materiais necessários ao seu funcionamento. Da mesma forma, também é apontado como entrave ao desenvolvimento pleno de suas finalidades o não cumprimento, por parte dos órgãos governamentais, das deliberações das Conferências e Conselhos de Saúde

Conforme os dados dos 90 Relatórios de Gestão analisados dos municípios municipalizados em 1994, as denúncias mais freqüentemente encaminhadas aos Conselhos são a cobrança irregular de serviços (33,3%) e problemas relacionados ao saneamento e meio ambiente (33,1%). A maioria dos CMS afirmou atuar na aprovação da política de saúde e das ações e serviços de saúde a serem executados no município (96,6%), bem como na aprovação da programação da assistência ambulatorial e hospitalar (87,4%). Observa-se participação menor na aprovação da gestão financeira do Fundo Municipal de Saúde (71,6%).

3.2.3. CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

A Conferência de Saúde reúne-se a cada quatro anos, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes das políticas de saúde em cada nível de governo. É convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho Estadual de Saúde, contando com a representação dos vários segmentos sociais.

O Estado realizou em julho de 1996, em Porto Alegre, a II CONFES/RS, com 1.170 inscritos, sendo 633 participantes e 537 delegados, dos quais 45,26% usuários e o 54,74% dos demais segmentos. (Tabela 13)

As proposições apresentadas pelos 35 grupos de trabalho foram levadas à Plenária Final para deliberação e estão consubstanciadas neste Plano Estadual.

A Tabela 14 apresenta o consolidado das etapas preparatórias realizadas para a II CONFES. Verifica-se que dos 171 municípios habilitados a uma condição de gestão pela NOB 01/93, à época da II CONFES, apenas 57 realizaram Conferência Municipal de Saúde (33%). Este percentual eleva-se para 60% se considerarmos a participação nas conferências regionais. Mesmo assim, mostra que para a próxima Conferência Estadual é necessário aumentar significativamente o número de Conferências Municipais preparatórias.

3.2.4. CONSELHO ESTADUAL DO MEIO AMBIENTE - CONSEMA

O Conselho Estadual do Meio Ambiente foi criado pela Lei 10.330, de 27/12/94, que dispõe sobre a organização do Sistema Estadual de Proteção Ambiental (SISEPRA) e a elaboração, implementação e controle da política ambiental do Estado.

O CONSEMA é o órgão superior do SISEPRA, tendo caráter deliberativo e normativo sobre a Política Estadual de Meio Ambiente.

Sua composição é paritária quanto à representação dos órgãos e entidades governamentais e entidades representativas da comunidade organizada, tendo 29 membros e sendo presidido pelo Secretário da Saúde e do Meio Ambiente, exercendo a FEPAM a secretaria executiva.

As principais competências do CONSEMA, definidas no Art. 6º da Lei do SISEPRA, são:

- I. propor a política estadual de proteção ao meio ambiente, para homologação do governador, bem como acompanhar sua implementação;
- II. estabelecer, com observância da legislação, normas, padrões, parâmetros e critérios de avaliação, controle, manutenção, recuperação e melhoria da qualidade do meio ambiente natural, artificial e do trabalho;
- III. estabelecer diretrizes para a conservação e preservação dos recursos e ecossistemas naturais do Estado;
- IV. deliberar sobre recursos em matéria ambiental, sobre os conflitos entre valores ambientais diversos e aqueles resultantes da ação dos órgãos públicos, das instituições privadas e dos indivíduos;

- V. colaborar na fixação das diretrizes para a pesquisa científica nas áreas de conservação, preservação e recuperação do meio ambiente e dos recursos naturais;
- VI. estabelecer critérios para orientar as atividades educativas, de documentação, de divulgação e de discussão pública, no campo da conservação, preservação e melhoria do meio ambiente e dos recursos naturais;
- VII. estimular a participação da comunidade no processo de preservação, conservação, recuperação e melhoria da qualidade ambiental;
- VIII. apreciar e deliberar, na forma da legislação, sobre estudos de impacto ambiental e respectivos relatórios, por requerimento de qualquer um de seus membros;
- IX. elaborar e aprovar seu regimento interno.

(Arq. COLEGIA.DOC)

Tabela 13 - Distribuição dos delegados da II CONFES/RS por categoria, 1996

Categoria	Nº	%
Usuários	243	45,26
Governo	152	28,30
Prestadores de Serviço	78	14,52
Trabalhadores de Saúde	64	11,92
Total	537	100,00

Fonte: Relatório Síntese da II CONFES/RS

Tabela 14 - Participação dos municípios/RS nas Conferências Municipais e Regionais, conforme o tipo de habilitação na NOB-SUS 01/93, 1996.

Tipo de Habilitação	Municípios			
	Total no Estado	Realizou Conferência Municipal	Participou de Conferência Regional	Total de municípios participantes
Não Habilitado	256	31	49	80
Incipiente	151	46	42	88
Parcial	16	08	02	10
Semiplena	04	03	01	04
Total	427	88	94	182

Fonte: Relatório Síntese II CONFES/RS.

3.3. MODELO DE GESTÃO NO SUS.

3.3.1. A GESTÃO DO SUS EM NÍVEL ESTADUAL

O SUS é um sistema único que compõe-se de três níveis de comando ou gestão: municipal, estadual e federal. A gestão implica às funções de direção do SUS, através de coordenação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, além da gerência dos serviços de saúde.

A cada um destes níveis de gestão corresponde um conjunto específico de responsabilidades.

O Rio Grande do Sul, de acordo com a NOB-SUS 01/93, habilitou-se à condição de gestão parcial em 04/07/94 (publicação do D.O.U)

A partir da NOB-SUS 01/96, o estado irá habilitar-se à Gestão Plena do Sistema Estadual, apresentando ao CES e à CIT a comprovação dos requisitos adicionais estabelecidos.

A habilitação do estado à nova modalidade de gestão fica condicionada ao número de municípios já habilitados, também, nas novas condições propostas. Para ser enquadrado na **Gestão Plena do Sistema Estadual** será necessário ter 80% dos municípios já habilitados ou 50%, desde que estes representem 80% do contingente populacional do estado.

Ao habilitar-se à Gestão Plena do Sistema Estadual o Estado assumirá as seguintes responsabilidades :

- elaboração da Programação Pactuada Integrada -PPI- do estado, contendo a referência intermunicipal e coordenação da negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso na programação;
- elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos, negociado na CIB e aprovado pelo CES;
- gerência de unidades estatais da hemorrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica;
- formulação e execução da política de sangue e hemoterapia;
- organização de sistemas de referência, bem como a normalização e operação de câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade;
- formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, em articulação com o MS;
- normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais;
- manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;

- cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, bem assim o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria;
- implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde;
- coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90;
- execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala;
- coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90;
- execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados nesta NOB;
- execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de gestão plena de sistema municipal;
- execução do PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS;
- apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT;
- contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB;
- operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

A Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul (SSMA) entende, com base na legislação vigente, que, com a implantação do SUS, o estado deve retirar-se das atividades de execução direta dos serviços e ações de saúde e assumir as funções de efetiva coordenação do Sistema.

Sendo assim, entre os modelos de gestão propostos pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), o modelo adotado pela SSMA/RS foi o “municipalizado com ênfase na regionalização” por ser o que mais respeita o conceito de comando único em cada nível de governo. A responsabilidade e competência pela execução das ações e serviços que garantem a saúde dos cidadãos é do município, que assume a efetiva gestão dos serviços e ações que se desenvolvem em seu território, com a cooperação técnica do Estado e da União e aporte financeiro das três esferas de governo (municipal, estadual e federal).

Neste modelo, cabe à SSMA, gestor estadual de saúde, a função primeira de coordenar o Sistema Estadual, nas ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, que englobam, entre outras, também a coordenação da política de alto custo/alta complexidade, da assistência complementar, das referências estaduais e regionais, da vigilância sanitária e epidemiológica, das ações de saúde do trabalhador, das ações de nutrição, do sistema de informações em saúde e do plano de investimentos, promovendo a articulação interinstitucional e, obrigatoriamente, intermediando as negociações entre gestores municipais.

A SSMA/RS mantém, através das Delegacias Regionais de Saúde, a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde desenvolvidos nos municípios não incluídos em nenhuma das condições de gestão previstas na Norma Operacional Básica.

A NOB-SUS 01/96, que tem por objetivos aprofundar e reorientar a implementação do SUS, definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais e regular as relações entre gestores, ratifica a gestão do SUS em cada esfera de governo, definindo seus papéis conforme vemos a seguir.

Ao gestor federal cabe:

- exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;
- promover condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais do modo a conformar o SUS - Estadual;
- formular a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo assim o SUS-Nacional;
- exercer as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

Ao gestor estadual cabe:

- exercer a gestão do SUS no âmbito estadual;
- promover condição e incentivar o poder municipal para assumir a gestão da atenção à saúde de seus municípios;
- assumir, em caráter transitório, a gestão da saúde nos municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade;
- ser o promotor da harmonização, integração e modernização dos sistemas municipais, compondo assim o SUS-Estadual.

Para o nível municipal a NOB- SUS 01/96 utiliza a noção de “SUS Municipal”, na qual cada município pode ser encarado como sendo um subsistema do SUS, do qual é parte indissociável. O aspecto fundamental desta noção é a responsabilidade do gestor municipal em garantir à população de seu município o acesso às ações e serviços de saúde, estejam ou não localizados no seu território. Logo, o SUS-municipal não é composto apenas dos estabelecimentos de saúde que estão localizados no território do município, mas também dos estabelecimentos de referência localizados em outros municípios.

Portanto, o papel do gestor municipal não se restringe ao gerenciamento da rede de unidades assistenciais do seu território, mas define-se essencialmente em relação à sua responsabilidade na garantia de acesso às ações e serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade.

A negociação entre os sistemas municipais de saúde dar-se-á, exclusivamente, através da relação gestor-gestor, mediada pelo Estado, tendo como instrumento de garantia a Programação Pactuada e Integrada (PPI), aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e submetida ao Conselho Estadual de Saúde. A discussão de eventuais impasses relativos à operacionalização da programação das ações e serviços deve ser realizada também no âmbito da CIB, cabendo ao gestor estadual a decisão sobre problemas surgidos na execução das políticas aprovadas.

A NOB-SUS 01/96 propõe que “a habilitação dos estados e municípios às diferentes condições de gestão, significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e à população sob sua responsabilidade”.

No processo de reenquadramento nas novas condições de gestão são considerados os requisitos já cumpridos para habilitação nos termos da NOB-SUS 01/93, cabendo ao município pleiteante a comprovação exclusiva do cumprimento dos requisitos introduzidos pela NOB-SUS 01/96.

3.3.2. ANÁLISE DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO

No Estado do Rio Grande do Sul, o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, operacionalizado através da municipalização, iniciou-se com o advento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1988, tendo a partir daí, vários “recomeços”, sem que houvesse continuidade no processo.

Em 1991, após a promulgação das Leis Federais N° 8080/90 e 8142/90, a Rotina Técnica 13/91-INAMPS atribuiu aos Escritórios de Representação deste órgão a competência para proceder a habilitação dos municípios. Esse processo foi dissociado da passagem do comando único para o município, visto que a Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, que já gerenciava a saúde no âmbito do estado, não tinha participado do processo e permanecia a reboque do nível federal, a quem não se vinculavam mais os mecanismos de gestão do Sistema de Saúde. Após a publicação da NOB-SUS 01/92 houve novo reinício, com a SSMA assumindo a coordenação do processo, através do setor de Planejamento, tendo sido municipalizados 98 municípios. A nova mudança na legislação, em 1993, obrigou a SSMA a recomeçar o processo, face às novas exigências. De acordo com a NOB-SUS 01/93, publicada em maio de 1993, habilitaram-se 225 municípios, dos quais 96 já estavam municipalizados pela anterior. Apenas 2 municípios não cumpriram os requisitos para re-habilitação - São Domingos do Sul, na 6ª DRS e Cidreira, na 18ª DRS - os quais, conforme a Portaria 1834/MS, de 01/11/94, retornaram à condição de não municipalizados.

Estes fatos demonstram que no desenvolvimento do processo no Estado, entre a edição de uma NOB e outra, houve sempre uma parada e um reinício, transformando a municipalização da Saúde, para os municípios, num processo de cumprimento de formalidades que, a cada reinício, obriga-os a um novo começo frente ao gestor Estadual, sem haver efetivamente a continuidade e aperfeiçoamento do processo de gestão da atenção à saúde pelos municípios.

Em dezembro de 1996, dois anos e meio após o terceiro reinício do processo, 52,69% dos 427 municípios gaúchos estavam enquadrados em um dos três tipos de gestão (Tabela 15), propostas pela NOB-SUS 01/93, sendo 91,11% na condição de gestão incipiente, 7,11% na condição de gestão parcial e 1,78% na condição de gestão simplena, conforme pode-se observar nas Tabelas 16 e 17. A Tabela 18 apresenta a situação da descentralização nas regionais da SSMA, quanto ao número de municípios e população abrangida.

Novo recomeço se anuncia com a NOB-SUS 01/96: os 225 municípios já municipalizados pela NOB-SUS 01/93 precisam ser reenquadrados em uma das novas

formas de gestão previstas, além dos 202 municípios que ainda não assumiram a gestão das ações e serviços de saúde, dos 40 novos municípios, que a partir de 1º janeiro de 1997 foram emancipados no Estado, e dos 30 novos municípios que realizarão eleições em novembro de 1997.

Conforme deliberação da II CONFES/RS, a municipalização da saúde é a forma “de trazer mais para perto da população a discussão e as decisões sobre saúde, possibilitando o planejamento local e o controle social sobre os serviços”.

A descentralização das ações e serviços de saúde, através da regionalização e municipalização, é o eixo principal da política estadual de saúde para a implantação do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul.

Para que esta diretriz estratégica alcance o êxito programado, cumprindo com a meta de 100% dos municípios municipalizados até o final de 1998, será necessário corrigir distorções observadas até aqui.

A descentralização das ações e serviços de saúde, consubstanciada na municipalização, deve ser concebida como um meio para a implantação do SUS no Estado, e não como um fim em si mesma. Constitui o início de um processo de construção dos sistemas municipais de saúde. Trata-se, portanto, de um processo de distribuição de poder e não apenas de delegação de competência às diferentes esferas do governo. O poder decisório (autonomia de gestão) desloca-se para os níveis local e regional. Para o alcance deste objetivo há condições essenciais: a descentralização dos recursos financeiros; o controle social através dos Conselhos de Saúde; a flexibilidade no processo de implementação, levando em conta as diferenças regionais; a capacitação de pessoal; o apoio técnico do nível estadual com supervisão constante do processo visando seu fortalecimento e integração, garantindo a unidade do sistema.

É preciso ter claro que a municipalização, por si só, não irá superar as condições do modo de organização do sistema de saúde. Com a municipalização não tem havido mudanças no modelo assistencial hegemônico: privilegiamento das ações curativas, hospitalocêntrico, com predomínio da compra de serviços privados e pouco investimento no setor público, concentrado nas áreas urbanas, com baixa resolutividade.

Portanto, a simples transferência aos municípios de competências antes federais e estaduais, tenderá a manter a inadequação dos serviços oferecidos, pela repetição do modelo existente, com conseqüente insatisfação dos usuários. Além disso, os setores relativos aos medicamentos, tecnologia, equipamentos e recursos humanos precisam ser equacionados com a questão do financiamento do sistema. A necessidade de expansão e recuperação da rede pública de serviços é um fato, e os municípios não terão condições de supri-la sem um aporte significativo de recursos federais e estaduais.

A Secretaria Estadual de Saúde, além de manter-se ainda como executora de ações de saúde, nos 202 municípios ainda não municipalizados até dezembro de 1996, tem que cumprir o seu papel de Gestor Estadual do SUS.

Para tal, de acordo com o modelo de gestão adotado, a prioridade para garantir o desenvolvimento do processo é o reforço às Delegacias Regionais de Saúde (DRS's), instrumentalizando-as para que realmente cumpram o seu papel de coordenação regional da municipalização, com a participação efetiva dos Conselhos de Saúde.

(Arq. MODELGES.DOC)

Tabela 15 - Distribuição dos Municípios do RS em relação à municipalização e população abrangida, dezembro/96

Situação	Municípios		População (1)	
	Nº	%	Habitantes	%
Municipalizado (2)	225	52,69	6.742.743	69,66
Não Municipalizado	202	47,31	2.936.381	30,34
TOTAL	427	100	9.679.124	100

Fonte: ASSTEPLAN / SSMA

(1) População estimada para 1996 - IBGE

(2) Municípios habilitados em conformidade com a NOB-SUS 01/93

Tabela 16 - Distribuição dos Municípios municipalizados no RS conforme a condição de gestão, dezembro/96

Condição de Gestão	Municípios		População (*)	
	Nº	%	Habitantes	%
Incipiente	205	91,11	4.686.871	69,51
Parcial	16	7,11	549.087	8,14
Semiplena	4	1,78	1.506.785	22,35
TOTAL	225	100	6.742.743	100

Fonte: ASSTEPLAN / SSMA

(*) População estimada para 1996 - IBGE; % em relação ao total da população dos municípios municipalizados

Tabela 17 - Distribuição percentual dos Municípios municipalizados em relação ao total de municípios e de população do RS, dezembro/96

Condição de Gestão	% em relação ao total de Municípios do Estado (*)	% em relação à População total do Estado
Incipiente	48,00	48,42
Parcial	3,75	5,67
Semiplena	0,94	15,57
TOTAL	52,69	69,66

Fonte: ASSTEPLAN / SSMA

(*) Considerando os 427 municípios existentes em dezembro/96

Tabela 18 - Distribuição de municípios municipalizados por Delegacia Regional de Saúde e população abrangida, dezembro de 1996.

DRS	Municípios existentes		Municípios Municipalizados			População c/ saúde Municipalizada	
	Nº	Nº	Nº	%	População (*)	Nº	%
1ª	23	12	52,17	3.087.894	2.140.947	69,33	
2ª	43	21	48,84	652.275	328.062	50,29	
3ª	15	7	46,67	775.123	629.101	81,16	
4ª	23	14	60,87	483.926	402.668	83,21	
5ª	40	24	60	802.555	655.492	81,67	
6ª	50	21	42	526.197	338.657	64,36	
7ª	7	5	71,42	252.694	183.350	72,56	
8ª	11	9	81,84	237.967	215.098	90,39	
9ª	9	6	66,67	133.484	105.589	79,1	
10ª	8	4	50	431.760	273.608	63,37	
11ª	29	17	58,62	238.954	182.857	76,52	
12ª	22	10	45,45	340.118	183.841	54,05	
13ª	11	3	27,27	290.208	173.333	59,73	
14ª	24	15	62,5	265.485	203.268	76,56	
15ª	50	25	50	413.032	228.255	55,26	
16ª	32	9	28,12	323.400	112.280	34,72	
17ª	13	8	61,53	186.527	162.003	86,85	
18ª	17	15	88,23	237.525	224.334	94,45	
ESTADO	427	225	52,69	8.876.569	6.742.743	69,66	

Fonte: ASSTEPLAN/SSMA

(*) População estimada para 1996 / IBGE

3.4. MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A II Conferência Estadual de Saúde contemplou amplo debate sobre o modelo assistencial vigente, analisando seus aspectos contraditórios entre discurso e prática, apontando, mais uma vez, a necessidade de afirmar os princípios do SUS e compatibilizar, com estes, as políticas sociais.

O fórum apontou como principais problemas do modelo de atenção do SUS:

“ - ausência de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e de acordo com as características de cada município;

- (...) a manutenção do modelo curativo centrado na doença, especializado, fragmentado, médico-hegemônico, hospitalocêntrico, resultando em baixa capacidade resolutiva e qualidade, com o descompromisso dos gestores e profissionais e descrédito por parte dos municípios e população (criando consenso sobre a qualidade e vantagens dos serviços privados e planos de saúde);

- (...) o pagamento por procedimentos e o uso da produtividade como critério principal de organização da oferta de serviços, não permitindo que o usuário seja acolhido e estabeleça vínculo com os serviços; a produtividade desumaniza o atendimento, compromete a resolutividade e a profissionalização; dificulta ações de promoção à saúde, cronificando um círculo vicioso de aumento da doença e insuficiência de atendimento médico-hospitalar.”

Este diagnóstico, se não drástico e generalizado como foi apresentado, certamente aponta os referenciais nos quais se alicerçam os nós críticos de que se costuma chamar “o caos da saúde”.

A II CONFES/RS deliberou as seguintes diretrizes em relação ao modelo de atenção à saúde:

“- um modelo de atenção à saúde, voltado para a melhoria da qualidade de vida deve compor ações inter-setoriais que garantam acesso à moradia, alimentação, saneamento, transporte, educação, lazer e trabalho, bem como a organização do acesso à atenção à saúde;

- reafirmação dos princípios do SUS, em especial a universalidade, priorizando ações de promoção e proteção à saúde, e intervindo no cotidiano dos grupos populacionais;

- participação popular como fator indispensável para a construção de um modelo que corresponda às necessidades da população; os usuários devem participar no processo de avaliação do seu atendimento e da ‘acolhida’ pelos serviços e, para isso, precisam estar informados sobre seus direitos;

- estabelecimento de processo de comprometimento entre a equipe e a população, a partir da responsabilização das unidades pelas ações de saúde e pela população de um determinado território. O vínculo do usuário ao SUS é garantido pela capacidade resolutiva, integralidade, acesso democrático, qualificação e remuneração digna dos profissionais, além da participação social em todos os níveis de atuação;

- compreensão pelos gestores, dos locais de trabalho como espaços de autonomia, estimulando os profissionais para o exercício da possibilidade de mudança pela crítica, cumplicidade e criatividade;

- implantação de rede de atenção básica qualificada;
- autonomia dos municípios, com apoio das Delegacias Regionais de Saúde, para a criação de Consórcios Intermunicipais, com a organização das referências regionais de maior complexidade, de centrais regionalizadas de marcação de consultas e exames especializados e sistemas regionais de compensação de cotas de internação hospitalar;
- criação de Distritos Sanitários, através de Consórcios Intermunicipais, com o objetivo de melhorar o gerenciamento do sistema, otimizar os recursos disponíveis, propiciar o vínculo da população com os serviços, facilitar a execução de ações de vigilância sanitária e garantir a atenção em todos os níveis, representando o compromisso político com a busca da integralidade;
- possibilitar a criação de Conselhos Locais (Distritais) de Saúde, fazendo com que a população participe efetivamente do controle social dos serviços oferecidos nestes Distritos;
- planejamento ascendente, a partir dos problemas levantados e priorizados pelos atores sociais, integrado nos três níveis de governo;
- incentivo à municipalização da saúde, cumprindo o princípio do SUS de descentralização do poder e dos recursos, com controle social efetivo através dos Conselhos Municipais de Saúde.

Tendo por base as recomendações da II CONFES a SSMA estabeleceu questões chaves com o objetivo de promover a reorientação do modelo assistencial: a descentralização do SUS; a atenção à saúde através de ações programáticas assistenciais; a recuperação da infraestrutura de serviços; o apoio às instâncias colegiadas do SUS; o desenvolvimento de recursos humanos e de sistemas de informação em saúde.

As estratégias básicas para a superação do atual modelo são apresentados a seguir.

3.4.1. DESCENTRALIZAÇÃO

A descentralização do SUS estadual é diretriz fundamental da política nacional para o setor saúde. O modelo de gestão proposto - municipalizado com ênfase na regionalização, aponta para dois eixos principais do processo de descentralização:

- a regionalização, com o reforço das Delegacias Regionais de Saúde; criação de Comissões Intergestores Bipartites regionais e Conselhos Regionais de Saúde; estabelecimento de Pólos Regionais para os Serviços de Saúde; Consórcios intermunicipais;

- a municipalização, com a descentralização da gestão e gerência das ações e serviços de saúde.

Estes dois eixos sinalizam os projetos prioritários da SSMA, buscando criar condições concretas de infraestrutura e apoio operacional e estratégico para a reorganização do modelo assistencial.

3.4.1.1. Delegacias Regionais de Saúde

Tendo em vista o papel a ser exigido da instância regional para a implantação dos novos modelos de atenção e gestão, será analisada a situação atual das Delegacias Regionais de Saúde.

Em 1994 foi realizado estudo, junto às Delegacias Regionais de Saúde, com o objetivo de diagnóstico da situação de organização e funcionamento das mesmas em relação às novas competências estabelecidas para o Estado, como gestor do SUS, principalmente aquelas referentes à descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios.

De maneira geral, as DRS's concentravam a competência de execução na supervisão dos programas da SSMA (PAISM, PAISC, DST, TBC etc.), e na execução de ações nas áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde bucal e saneamento básico (PROSAN). Outras atividades concentradas nas DRS's referiam-se a distribuição de medicamentos e imunobiológicos para os municípios; manutenção dos bancos de dados do Sistema de Informação em Saúde; controle e avaliação do faturamento ambulatorial; controle da distribuição de AIHs, além das atividades de apoio administrativo. As atividades referentes ao planejamento, controle e avaliação, capacitação de recursos humanos, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição e educação em saúde se apresentavam de forma inexpressiva. As atividades de assessoria e apoio técnico aos municípios no processo de municipalização eram pouco expressivas, uma vez que a análise do processos concentrava-se no nível central da SSMA.

Chamava a atenção o fato dos programas e atividades desenvolverem-se como ações isoladas, sem integração. A própria municipalização das ações e serviços de saúde apresentava-se como mais um "programa" de responsabilidade exclusiva do setor de planejamento das DRS's, não sendo entendido como a estratégia principal da Política de Saúde Estadual, a ser desenvolvido pelas DRSs em seu conjunto.

Por outro lado, algumas DRS's, no mesmo estudo, mostravam ter plena clareza de suas novas competências de coordenação e assessoramento e das ações e serviços a serem descentralizados. Mas em apenas quatro DRS's (5ª, Caxias do Sul, 6ª, Passo Fundo, 11ª, Erechim e 17ª, Ijuí) a assessoria ao planejamento municipal da saúde, ou seja, o apoio técnico à municipalização foi citado como competência primordial. Também somente uma DRS (5ª) colocou como de sua competência a organização de rede hierarquizada e regionalizada, uma das diretrizes básicas do SUS.

Verificava-se, portanto, ausência de planejamento, controle e avaliação a nível regional, concentrado, que estava, no nível central da SSMA. As DRS's baseavam sua atuação nas competências de execução, em detrimento de seu papel fundamental na implementação do SUS, que deveria ser a coordenação regional da descentralização das ações e serviços de saúde (municipalização).

As DRS's apontavam como principal causa desta situação as deficiências quantitativas e qualitativas de recursos humanos, tanto a nível da equipe regional quanto da rede local de assistência, ainda sob gerência das mesmas, face o pequeno número de municípios municipalizados.

Haveria sobrecarga de funções, considerando-se entre elas a execução de todas as antigas atribuições de supervisão de programas e da rede estadual de assistência não municipalizada, mais as novas atribuições referentes à municipalização. Outra dificuldade apontada referia-se às condições de trabalho, desde aquelas relacionadas à baixa remuneração dos profissionais e sua desmotivação, quanto as referentes aos

recursos materiais e insumos necessários para a manutenção das atividades das DRS's e da rede ambulatorial ainda não municipalizada. Aí incluídas a falta de veículos em condições, motoristas e diárias que permitiriam à equipe regional o contato ágil com os municípios sob sua jurisdição.

A grande extensão da área de algumas DRS's (10^a, Alegrete) bem como o grande número de municípios em outras (15^a, Palmeira das Missões) também foi colocado como entrave à qualidade do processo de supervisão e apoio aos municípios. A 2^a DRS concentra vários problemas: sede em Porto Alegre; grande número de municípios (45) e área geográfica permeada pela 1^a DRS.

A partir de 1995 foi definido como prioridade o fortalecimento das Delegacias Regionais de Saúde. Estas passaram a ter como maior atribuição o assessoramento e avaliação das ações desenvolvidas a nível municipal. Os programas de saúde foram descentralizados para a execução nos municípios, através de treinamentos e assessoria das DRS's na implantação dos mesmos.

Houve uma conscientização, através de seminários internos, para todas as seções regionais que criaram propostas de trabalho integrado para monitorar e dar apoio técnico aos municípios em processo de municipalização, bem como aos já municipalizados, visto que em grande número continuam a buscar a assessoria das Delegacias em várias áreas.

Foi implantado o Programa de Qualidade Total em todas as DRS, as quais já contam com os comitês formados desenvolvendo sensibilização em todo o corpo funcional.

Através de concurso foram nomeados 117 técnicos e 74 auxiliares para todas as DRS, com isso diminuindo em parte a defasagem de recursos humanos, embora algumas Delegacias ainda continuem com falta de pessoal. Em relação aos recursos materiais, foram distribuídas duas viaturas novas para cada DRS, bem como equipamento de informática e, através do Departamento de Coordenação das Regionais são liberadas, mensalmente, verbas na modalidade de adiantamento a todas as DRS, para a manutenção da rede assistencial e gastos administrativos. Com isso, as Delegacias têm certa autonomia financeira que lhes permite a conservação de bens móveis, imóveis, equipamentos e de veículos, bem como o abastecimento de viaturas e compra de material de consumo urgente e deslocamento de funcionários, fatores estes facilitadores do processo de municipalização.

3.4.1.2. Regionalização da Saúde e Consórcios Intermunicipais

Entre as prioridades do Governo Estadual, na área da saúde, destaca-se a descentralização, através da municipalização da saúde, dentro de um modelo regionalizado e hierarquizado, onde os pólos regionais e os consórcios intermunicipais assumem importância fundamental, na referência e contra referência dos usuários.

Estudo técnico, desenvolvido nesta Secretaria, apontou alguns hospitais como aptos a serem considerados de referência para uma região. O estudo baseou-se na demanda atual, na existência de , além das clínicas básicas, de serviços de traumatologia e neurocirurgia disponíveis à população durante 24 horas. Na área ambulatorial privilegiou-se a disponibilidade em odontologia, otorrinolaringologia,

oftalmologia, nefrologia, pneumologia, psiquiatria, dermatologia, hematologia e oncologia 24 horas.

Ao lado dessa rede hospitalar de referência, há a necessidade de racionalizar recursos humanos e materiais existentes em cada microrregião, aumentando a gama de serviços ofertados aos usuários, evitando a duplicação ou ociosidade desses recursos. Neste sentido, é importante o incentivo aos consórcios intermunicipais, conforme previsto na Lei 8080, Art. 7º, 10º e 18º e no Art 3º da Lei 8142/90, considerando os consórcios como um dos principais instrumentos disponíveis aos gestores públicos para a organização, regionalização e hierarquização do SUS.

É necessário, através da ação direta das DRS e do nível central da SSMA assessorar e incentivar os municípios, para a criação e expansão de consórcios, através do acesso a recursos de custeio e investimento advindos do Governo do Estado.

A regionalização e hierarquização do SUS, através de Consórcios Intermunicipais permite que a população seja atendida na própria região, desconcentrando o atendimento na capital, ou em outros municípios de porte e capacidade resolutiva assemelhada. Além disso viabiliza o acesso dos usuários à moderna tecnologia médica, exames e consultas especializadas. É reduzida a ociosidade de equipamentos, permitindo a redução de recursos financeiros na saúde e são facilitados mecanismos de referência e contra-referência e do controle e avaliação comuns.

O mecanismo de Consórcio maximiza a utilização dos recursos, diminuindo o custo de compras, contratação de serviços, medicamentos e materiais médico-hospitalares, através de economia de escala, podendo ser feito por processo licitatório único.

(Arq. MODELAT.DOC)

3.4.2. AÇÕES PROGRAMÁTICAS DA SSMA

A criação do SUS correspondeu a uma antiga aspiração na área da saúde, qual seja, eliminar a artificial barreira entre ações preventivas e ações curativas, barreira esta que no passado se traduzia no fato de estarem a saúde pública e a assistência médica em ministérios diferentes. A simples observação dos fatos mostra a irracionalidade de tal situação. Basta observar o perfil da mortalidade no RS para verificar que a redução do número de óbitos pelas causas mais comuns depende de uma ação integrada. Assim, as doenças cardiovasculares podem ser evitadas mediante medidas simples, tais como dieta adequada, exercício físico, abandono do tabagismo, controle da tensão arterial. Entre as neoplasias (segunda causa de óbito), o risco de câncer de pulmão pode ser substancialmente diminuído evitando-se o fumo; o câncer de colo de útero e o câncer de mama podem ser detectados precocemente mediante prospecção. No caso das doenças respiratórias, terceira causa de óbito, o abandono do fumo, o tratamento precoce e, em alguns casos, vacinas (a vacina contra o sarampo evita a bronco-pneumonia, que é uma complicação freqüente da doença) reduzem, o obituário e o número de hospitalizações. O mesmo se observa em relação as causas externas, em que o uso do cinto de segurança, para dar somente um exemplo, pode diminuir as mortes em acidente de automóvel. Quanto às doenças infecto-parasitárias representam um caso clássico de aplicação das medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, notadamente saneamento básico, nutrição adequada e vacinas. Uma análise feita pelo Departamento de Ações em Saúde mostra que 44,9% dos óbitos ocorridos em 1993, num total de 28.817 óbitos, poderiam assim ser evitados.

A integração programática é a proposta da SSMA para unificar ações preventivas e ações curativas. Integração programática significa que os agravos prioritários são abordados através de programas, com objetivos claramente estabelecidos, com metas devidamente quantificadas, com uma estratégia definida e com critérios de avaliação. Estes programas devem ser desenvolvidos à luz dos princípios do SUS, notadamente universalidade, equidade, integralidade e controle social, este último ensejando a participação organizada da população nos programas de saúde.

A integração programática depende dos seguintes fatores, entre outros :

- 1) claro estabelecimento de prioridades, mediante critérios epidemiológicos e político-administrativos;
- 2) definição das ações através de normas técnicas e operacionais, elaboradas mediante amplo consenso de vários setores envolvidos direta e indiretamente na problemática de saúde;
- 3) introdução de um sistema de informação que contemple, além dos aspectos auditoriais, dados epidemiológicos que permitam a avaliação do impacto das ações; manutenção da vigilância epidemiológica em caráter permanente;
- 4) introdução de um sistema de avaliação, tendo como instrumento a matriz programática;
- 5) qualificação dos técnicos, inclusive visando à prestação de assessoria técnica às secretarias municipais;
- 6) supervisão aos sistemas municipais de saúde, visando à consolidação dos programas e a manutenção da qualidade dos serviços prestados à população.

Para o estabelecimento das prioridades acima referidas foram utilizados os seguintes critérios :

a) Critérios epidemiológicos :

- *Magnitude* : Corresponde ao número de pessoas acometidas pelo problema. É geralmente expressa por coeficiente de morbidade ou mortalidade, que relacionam o número de pessoas atingidas com a população da área considerada. Deve-se trabalhar com a magnitude potencial quando a doença/agravo está sob controle ou eliminada e não considerar apenas os dados observados nos últimos anos. Isso justifica-se pela importância que poderia reassumir o problema na ausência de um Programa de Controle específico.

- *Vulnerabilidade* : É a possibilidade que se tem de reduzir um determinado problema de saúde na população por meio de tecnologia apropriada.

- *Transcedência* : Corresponde ao dano causado pelo problema. Sua avaliação é em geral feita pelo uso do coeficiente de letalidade. Entretanto, algumas doenças de baixa letalidade podem ser consideradas como de alta transcedência por serem causa importante de incapacidade física ou mental.

b) Critérios Político-administrativos :

- *Capacidade administrativa* : É a capacidade instalada disponível e em condições de atender às necessidades geradas pela doença/agravo, compreendendo os recursos materiais e humanos; portanto, a estrutura sanitária básica antes referida.

- *Custo per capita* : Indica quanto custa evitar-se um caso da doença/agravo ou uma morte ou outra consequência.

- *Interesse da comunidade* : Eventualmente, ações para o controle de certos agravos podem ser exigidas pela comunidade ou por setores desta. Nem sempre tais agravos configurarão prioridades de acordo com os critérios de magnitude, transcedência e vulnerabilidade.

- *Compromissos externos* : Certas atividades programáticas devem ser desenvolvidas em locais onde não são prioritárias. Exemplo : endemias para cujo controle necessita-se esforço nacional ou estadual; situações em que há compromissos internacionais, resultante de acordos entre países ou de políticas internacionais de saúde.

3.4.2.1. Doenças/Agravos Prioritários

Aplicando-se a metodologia antes referida, para as doenças/agravos de cada Seção do Departamento de Ações em Saúde, foram estabelecidas as seguintes prioridades :

- Seção de Doenças Imunopreveníveis :

Poliomielite;
Tétano;
Difteria;
Sarampo e rubéola.

- Seção de Outras Doenças Epidêmicas :
Hepatites (A, B, C, D);
Meningites;
Cólera e Outras Doenças Diarréicas;
Malária.

- Seção da Saúde da Criança e do Adolescente :
Infecções Respiratórias Agudas;
Doenças Diarréicas Agudas;
Desnutrição;
Gravidez Indesejada em Adolescentes;
Acidentes de Trânsito.

- Seção da Saúde da Mulher :
Câncer de Mama;
Câncer de Colo Uterino;
Gravidez de Alto Risco.

- Seção da Saúde Mental e Neurológica :
Alcoolismo e Outras Dependências Químicas;
Psicoses;
Epilepsia.

- Seção da Saúde Ocupacional :
Acidentes do Trabalho Típicos;
Perda Auditiva;
Intoxicações por Produtos Químicos.

- Seção da Saúde Bucal :
Cárie e Doença Periodontal;
Câncer de Boca.

- Seção de Pneumologia Sanitária :
Tuberculose;
Infecções Respiratórias Agudas (do adulto);
Tabagismo.

- Seção de Dermatologia Sanitária :
Hanseníase;
Câncer de Pele.

- Seção de Controle da AIDS :
AIDS.

- Seção de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis :
Sífilis.

- Seção de Agravos Crônicos-Degenerativos :
Hipertensão Arterial Sistêmica;
Diabetes Melito

- Seção de Zoonoses e Vetores :

Raiva;
Hidatidose;
Leptospirose;
Simulídeos;
Toxoplasmose.

Observação : os 2 últimos, como prioridades regionais (portanto, para Programas Regionais).

- Seção da Saúde do Idoso :

Marginalização Social e Familiar.

Para cada prioridade estabelecida foi elaborado um Programa de Controle a ser executado conforme Normas Técnicas Operacionais - NTO. (Anexo 1)

A par destas ações programáticas, com metas programadas e avaliadas sistematicamente, as unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares dos municípios desenvolverão as atividades habituais de assistência médica integral a cada paciente. Desse modo, as ações se realizam em duas frentes simultaneamente e complementarmente: as programáticas com ênfase nos aspectos epidemiológicos e as não programáticas com ênfase na assistência médica individual. Tem-se como certo que, à medida que as ações programáticas forem executadas em conformidade com as Normas Técnicas e Operacionais e que as metas físicas forem alcançadas durante um período de alguns anos, os resultados se refletirão positivamente, de um lado nos indicadores de saúde e, de outro, numa diminuição significativa da demanda de pacientes necessitando de assistência médica e hospitalar.

Dentro da proposta de ações programáticas em saúde, a Secretaria da Saúde e Meio Ambiente, a partir de dezembro de 1995, sob a coordenação do Departamento de Ações em Saúde, iniciou a implantação dessas ações de forma sistemática e gradativa, em todos os municípios do Estado. Os municípios que viessem a aderir à proposta teriam o compromisso de seguir as Normas e de estabelecer sua programação de metas físicas, qualitativas e quantitativas, em consonância com a proposição estadual, ficando facultado a identificação de novos agravos, solicitando o apoio do Estado no que se refere a normatização e a treinamentos, sempre que necessário.

Dentro do que foi apresentado e discutido nos Encontros Regionais, caberia à Secretaria Municipal de Saúde:

- implantar e implementar, em conformidade com o cronograma da SSMA, as atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento dos diversos Programas de Controle em unidades de saúde de seu município, determinando metas quantitativas em Matriz Programática;

- estabelecer um sistema hierarquizado de serviços locais, de complexidade crescente, para o atendimento de pacientes, inclusive unidades de referência, quando possível. Quando a complexidade do agravo extrapolar o poder de execução do município, este se empenhará em identificar na sua região um serviço de saúde com capacidade de resolução deste agravo, para o encaminhamento dos pacientes;

- instituir um sistema de notificação de casos, e integrar o Sistema de Informação padronizado do Estado, com vistas à vigilância epidemiológica das doenças/agravos prioritários;

- coordenar e supervisionar a execução das atividades de vigilância epidemiológica e de controle desses Programas, solicitando apoio aos órgãos estaduais de saúde, quando necessário;
- analisar e monitorar o comportamento epidemiológico das doenças/agravos dos Programas;
- assumir a execução das atividades dos diversos Setores da Divisão de Vigilância Sanitária, de acordo com o cronograma de implantação da SSMA e as Normas Técnicas e Operacionais específicas;
- assegurar a presença de técnicos e auxiliares de unidades de saúde nos treinamentos ministrados pela SSMA, com a responsabilidade de se tornarem multiplicadores dos assuntos tratados;
- executar atividades específicas de Promoção à Saúde para a população em geral e grupos de maior risco, dentro do contexto das ações programáticas.

Dentre as prioridades estabelecidas, foi definido um Elenco Básico de Programas/Atividades a serem desenvolvidas que, por sua relevância para a qualidade de vida da população e para a saúde pública no Estado, deve ser implementado por todos os municípios do Estado até o final de 1997, independentemente do número de habitantes. (Quadro 6)

Para difundir as Normas Técnicas e Operacionais desses Programas junto aos municípios das 18 Delegacias Regionais de Saúde, o DAS promoverá durante este ano Encontros de Implantação do Elenco Básico (EIEB) em municípios-sede de DRS.

Todos os demais Programas não incluídos no Elenco Básico serão implementados pelos municípios, em diversos momentos, **por adesão**, à medida em que for fortalecida e hierarquizada a sua rede ambulatorial, isoladamente ou em consórcio com municípios vizinhos. Uma vez aderido a um Programa, o município assume o compromisso de implementar e manter as atividades de acordo com as Normas Técnicas e Operacionais do Departamento de Ações em Saúde da SSMA. (Quadro 7)

Tem-se como meta intermediária a adesão dos municípios com mais de 20.000 habitantes (84 municípios) até o final de 1998 e, como meta final, a adesão da totalidade dos municípios até 31/12/2000. Para oportunizar a capacitação de técnicos de todos os municípios nas Normas Técnicas e Operacionais específicas de cada **Programa por adesão**, o DAS manterá Encontros de Implantação nas cidades-sede das DRS. Os Programas de cada Seção/Divisão serão apresentados anualmente em 5 cidades-sede diferentes, com datas preestabelecidas. Assim, cada município que for aderir a determinados Programas, poderá escolher para capacitação de seus técnicos o local e a data da sua melhor conveniência, independentemente da Delegacia de Saúde à qual pertence. Serão ainda realizadas em 1997, em Porto Alegre, duas "oficinas" sobre as NTOs, para as quais qualquer município poderá inscrever os seus técnicos.

(arq. AÇOEPROG.DOC)

Quadro 6

ELENCO BÁSICO DE PROGRAMAS/ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELOS MUNICÍPIOS

DOENÇAS/AGRAVOS	AÇÕES	RH mínimos
Doenças de Notificação Compulsória (AIDS, Caxumba, Cólera, Coqueluche, Dengue, Difteria, Hanseníase, Hepatites, Hidatidose, Leptospirose, Malária, Meningites, Poliomielite, Rubéola, Sarampo, Sífilis Congênita, Tétano, Tuberculose e Raiva)	1- Vacinar conforme calendário oficial da SSMA 2- Notificar Doenças de Notificação Compulsória, investigar ou acompanhar o processo de investigação e tratá-las, conforme as Normas Técnicas e Operacionais específicas	1 médico 1 enfermeira 2 aux. de enfermagem 1 fiscal
IRA, Desnutrição, Doença Diarréica Aguda	3- Implantar atividades dos Programas de Controle	
Pré-Natal: Detecção e Controle da Gravidez de Alto Risco	4- Implantar atividades do Programa de Atenção	
Água, Alimentos e Estabelecimentos Assistências de Saúde	5- Controlar a Qualidade da Água (taxa de flúor e potabilidade) 6- Controlar a Qualidade dos Alimentos 7- Controlar a qualidade dos serviços prestados por hospitais, unidade hemoterápicas e clínicas de hemodiálise, com o apoio da DRS	

Fonte: DAS - SSMA

Quadro 7**ELENCO DE DOENÇAS/AGRAVOS
A SEREM EQUACIONADOS ATRAVÉS DE PROGRAMAS/ATIVIDADES
POR ADESAO DOS MUNICIPIOS**

HAS Diabetes melito
Hidatidose Simulidios Toxoplasmose
Câncer de mama Câncer de Colo Uterino Gestação na Adolescência
Cárie e Doença Periodontal Câncer de Boca
AIDS/DST
Tuberculose IRA adulto Tabagismo
Álcool e Outras Dependências Psicoses Epilepsia
Intoxicação por Agrotóxicos Intoxicação por Outros Produtos Químicos Perda Auditiva Induzida por Ruídos Ocupacionais Acidente Tipo
Hanseníase Câncer de Pele
Sangue Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (outros) Medicamentos, Cosméticos e Saneantes Domissanitários Radiações Ionizantes

Fonte: DAS - SSMA

3.4.2.2. Programas Especiais

Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família

São prioridades da SSMA os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) no sentido que permitem a reavaliação e modificação de modelo de assistência à saúde. São estratégias que utilizam-se de área geográfica delimitada de atuação com a concentração das ações de promoção e proteção à saúde. Os programas são executados pelos municípios com a capacitação, acompanhamento, supervisão e avaliação da SSMA.

O PACS tem por base os agentes comunitários de saúde, pessoas selecionadas na comunidade onde vivem e que são capacitadas, supervisionados e avaliados por enfermeiro instrutor/supervisor. Cada agente responsabiliza-se pelo acompanhamento mensal de 100 a 250 famílias através de visitas domiciliares e reuniões comunitárias.

O PSF trabalha com equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde para cada grupo de 800 a 1000 famílias. A prestação dos serviços se dá com continuidade no sentido de atender a totalidade das condições que determinam os problemas de saúde e que implicam em interações frequentes com os profissionais de saúde sem duplicações ou repetições desnecessárias. O aumento da resolutividade das ações básicas de saúde aí desenvolvidas e a qualidade dos serviços prestados evitam o uso desnecessário de recursos complementares ou/e referência, reduzindo os custos de atendimento. Está assegurado a participação e o controle social na prestação de serviços, tornando transparentes as informações, tanto relacionados com metas programadas quanto aos recursos financeiros.

Tanto o PACS como o PSF só são implantados no município depois de aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde, após pedido de adesão à SSMA.

Os dois programas exigem profissionais com perfil específico, sendo função da SSMA prover a capacitação e educação continuada dos mesmos. Para isso está em estruturação o Pólo de Capacitação regional para o PSF (PACS), trabalho conjunto entre a SSMA (Centro de Saúde Murialdo), Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Grupo Hospitalar Conceição e Universidade de Ijuí.

Até a presente data são 1.032 agentes comunitários de saúde atuando em 108 municípios com o PACS e um com o PSF.

(arq. PACS.DOC)

Programa PIÁ 2000

O Estado do Rio Grande do Sul e o Fundo das Nações Unidas para a infância - UNICEF - celebraram acordo, em novembro de 1995, de cooperação para o desenvolvimento de ação conjunta na promoção e defesa dos direitos das crianças e adolescentes.

Sob coordenação da Secretaria Geral de Governo foram reunidas as Secretarias de Estado da área social e elaborado o Programa PIÁ-2000, com o objetivo de garantir às crianças e adolescentes o atendimento dos seus direitos à sobrevivência, desenvolvimento e integridade.

A população alvo é formada por crianças e adolescentes oriundos de grupos sociais caracterizados por baixo nível de renda, concentrados em aglomerações de urbanização precária, elevada taxa de mortalidade na infância, condições habitacionais insalubres, índices de analfabetismo superiores à média estadual e fragilidade de vínculos com a família e a escola, vitimizados e/ou infratores.

Em função destes indicadores, foram selecionados, inicialmente, 45 municípios, que acusaram as situações mais graves e a mais urgente necessidade de intervenção, a saber : Alpestre, Alvorada, Amaral Ferrador, Bagé, Barros Cassal, Cachoeirinha, Camaquã, Candelária, Canguçu, Canoas, Caxias do Sul, Coronel Bicaco, Encruzilhada do Sul, Erval Seco, Fontoura Xavier, Gravataí, Guaíba, Jaboticaba, Lagoão, Liberato Salzano, Machadinho, Nonoai, Novo Hamburgo, Palmeira das Missões, Passo Fundo, Pelotas, Piratini, Planalto, Porto Alegre, Porto Xavier, Redentora, Rio Grande, Ronda Alta, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santana do Livramento, Santo Ângelo, São Gabriel, São José do Norte, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Tenente Portela, Uruguiana, Viamão e Vicente Dutra.

Para estes municípios foi criado o Subprograma 1 - "Ação integrada de combate à mortalidade na infância e ao analfabetismo", que abrange os seguintes projetos:

- Secretaria de Estado da Educação:
 - Alfabetização e cidadania; Todos na Escola; Saúde na Escola.
- Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente:
 - Garantia e reabilitação nutricional; Prevenção da Mortalidade na Infância.
- Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social:
 - Apoio a creches assistenciais e comunitárias.

O Subprograma 2 - "Intervenção na problemática de crianças e de adolescentes em situação de rua" - , selecionou os 15 municípios com população superior a 100.000 habitantes, onde se encontram os maiores contingentes de crianças e adolescentes em situação de rua, a saber : Alvorada, Bagé, Canoas, Caxias do Sul, Gravataí, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Maria, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Uruguiana e Viamão. Este subprograma abrange os seguintes projetos:

- Secretaria de Estado do Trabalho, Cidadania e Assistência Social:
 - Pesquisa acerca das circunstâncias de vida das crianças e adolescentes em situação de rua; Prioridade Educação / Redes Municipais de Atendimento.
- Secretaria de Estado da Educação:
 - Prioridade Educação / Escola Aberta e/ou Escola Referência.
- Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente:
 - Garantia de serviços de saúde especializada.
- Secretaria da Justiça e da Segurança:
 - Criança Agora.

Dentre o elenco de Projetos, dois deles - Garantia de Reabilitação Nutricional e Prioridade Educação / Redes Municipais de Atendimento - prevêem a Complementação de Renda Familiar, visando ao atendimento das necessidades básicas de seus membros, enfatizando, respectivamente, dois aspectos : o combate à desnutrição de crianças de 0 a 6 anos e a intervenção na problemática de crianças e adolescentes em situação de rua, buscando a reintegração familiar, o ingresso e/ou o regresso à escola. O subsídio complementar financeiro, mensal e temporário, às famílias não se constitui em ação isolada. Faz parte de um conjunto de medidas e de prestação de serviços que têm a finalidade de acionar o processo emancipatório dos destinatários.

A responsabilidade pela execução do PIÁ-2000 será compartilhada pelo Governo do Estado com o conjunto das Prefeituras dos municípios participantes, encarregadas da coordenação executiva do programa no plano local.

Participam, também, os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, os Conselhos Tutelares, Organizações não governamentais e o setor privado.

Os projetos da SSMA estão detalhados no item referente às Propostas de Ação deste Plano.

(arq. PIA2000.DOC)

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

A infecção hospitalar constitui um dos maiores problemas de saúde pública em todo mundo. Está relacionada à morbidade e mortalidade em geral, com conseqüências sociais e econômicas.

O conhecimento e a prevenção das infecções hospitalares (IH) constituem não só atividades de saúde pública como possibilitam adotar estratégias de controle de qualidade do atendimento hospitalar. A formação de equipes especializadas e a adoção de normas no sentido de prevenir as infecções hospitalares, possibilitam a diminuição da morbidade e mortalidade, e a conseqüente redução dos custos hospitalares que pode chegar a até 50% .

O Gestor Estadual tem incentivado a formação de comissões de controle de IH nos hospitais do RS, primeiro passo para que a cultura deste controle seja estabelecida. Hoje apenas 50% de hospitais possuem comissões de controle de infecção instituídas. Deverá ser encaminhado pelo governo estadual Projeto de Lei determinando a obrigatoriedade de todos os hospitais manterem programa de controle de infecção hospitalar.

A partir de cadastramento das comissões e seus responsáveis no Programa de Controle de IH da SSMA e da capacitação das mesmas nas normas mínimas de controle será implantado um sistema de vigilância para acompanhamento e avaliação da qualidade assistencial hospitalar com relação ao problema da infecção hospitalar.

Programa de Assistência Complementar

A SSMA dentro da política assistencial do SUS, mantém, além da assistência médico hospitalar e ambulatorial, propriamente dita, um programa de assistência complementar, onde se enquadram as atividades relativas à concessão de órteses, próteses, materiais especiais ambulatoriais, tratamento fora de domicílio e ao programa estadual de atenção integral à pessoa portadora de deficiência. Este programa foi criado em 1995 pelo governo estadual, por ocasião da semana estadual da pessoa portadora de deficiência, conforme Lei 10.414/95.

A concessão de órteses, próteses e materiais especiais está normatizada pela PT/ SSMA 05/94. O Estado possui 02 unidades concessionárias de órteses e próteses em funcionamento. A política que norteia esta assistência foi aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo CES. No tocante à assistência aos ostomizados que recebem bolsas de colostomia e materiais complementares, o Estado possui 23 núcleos concessionários. A concessão do tratamento fora de domicílio no RS, rege-se pela PT/SSMA 11/94. Os núcleos do TFD, existentes em 08 municípios, atuam fornecendo aos beneficiários do SUS passagens para a busca de serviços não existentes no município ou no estado.

O PAC ainda não está descentralizado, estando em elaboração proposta neste sentido. Será elaborado material de orientação ao usuário do SUS sobre

as atividades disponíveis no PAC e implantado sistema de informação que permita o acompanhamento e avaliação dos serviços a serem descentralizados.

Programa de Doação de Órgãos e Transplantes

O transplante de órgãos tem hoje posição definitiva no tratamento de várias doenças, situação reconhecida tanto do ponto de vista científico como legal (Lei Federal 9434/97). No Rio Grande do Sul há indicação estimada anual de 865 transplantes (fígado, rim, pulmão, coração). Estes órgãos só podem ser fornecidos por doadores em estado de morte cerebral confirmada e em condições de manutenção artificial do sistema circulatório e respiratório, situação que ocorre em cerca de 600 casos ao ano. No entanto, apenas 120 casos foram notificados à Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente (SSMA), e apenas em 53 casos foi possível a doação, por dificuldades técnicas e operacionais, o que só agrava a situação dos pacientes em lista de espera para transplante (1000 pessoas, no caso de transplante renal). Esta situação representa sofrimento desnecessário e onera os serviços de saúde, já que os pacientes precisam ser mantidos em procedimentos vários, como a diálise no caso de doentes renais. É urgente, portanto, que o Estado adote procedimentos para facilitar a obtenção de órgãos para transplante.

É objetivo geral do Programa aumentar o número de doações e transplantes, o que pode ser feito : incrementando as notificações de morte cerebral; assegurando a viabilidade do órgão a ser transplantado; diminuindo a recusa à doação; aperfeiçoando a logística de busca de órgãos ou de transporte de doadores; elevando a qualidade técnica dos serviços que operam na área de transplante; adotando critérios éticos e científicos na seleção de casos para transplante.

A implementação do Programa far-se-á mediante ampla divulgação nas UTIs do Estado, devidamente cadastradas, dos procedimentos relativos à doação de órgãos. Esta divulgação será estendida ao público em geral, visando diminuir a recusa à doação. O Programa terá Central de Doação de Órgãos em Porto Alegre (Unidade Sanitária Murialdo), com plantão 24 horas, apto a receber as notificações das UTIs. O transporte rápido dos órgãos será assegurado mediante cooperação com o Departamento Aeroviário do Estado, Força Aérea Brasileira, companhias aéreas, empresas de rádio-táxi.

Os recursos necessários referem-se a equipamentos de informática e telefonia para a sede do Programa e estagiários, que desenvolverão suas atividades sob forma de plantão, proporcionando assim, apoio aos técnicos já designados para o Programa, e assegurando o funcionamento do mesmo.

(arq. INFHOSP.DOC)

3.4.2.3. Sistemas Especiais

Sistema de Vigilância Epidemiológica

A SSMA através do DAS, exerce a coordenação das atividades de Vigilância Epidemiológica e controle de doenças em todo o Estado. O Sistema de Vigilância Epidemiológica está estruturado em três níveis :

a - central/estadual - que normatiza, coordena, supervisiona, executa a distribuição de insumos e, complementarmente, as atividades relativas à área, e processa a informação de todo o sistema;

b - regional - que operacionaliza as normas emanadas do nível central, coordena as atividades de vigilância executadas a nível local e complementa sua execução, quando necessário; supervisiona e distribui insumos ao nível local;

c - municipal - operacionaliza as atividades de vigilância epidemiológica. Os municípios municipalizados coordenam todas as ações de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência.

No caso das Doenças de Notificação Compulsória, todos os níveis obedecem a um fluxo de informação que tem por base o Boletim de Notificação Semanal enviado pelas Unidades de Saúde Ambulatoriais e Hospitalares às coordenações de nível local, regional e central, onde a informação é processada. Quanto às demais doenças transmissíveis ou outras de interesse epidemiológico, priorizadas pela sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade, o Estado criou Boletins de Vigilância e Controle que seguem o mesmo fluxo.

As funções de vigilância epidemiológica somente foram totalmente assumidas por quatro municípios que se encontram em gestão semiplena. Os outros duzentos e vinte e um municípios em gestão incipiente ou parcial (ainda de acordo com a NOB/93), há participação em diferentes graus da Secretaria Estadual. Em duzentos e dois municípios não municipalizados a Secretaria assume todas as funções da área. Para todos os municípios o Laboratório Central (LACEN/RS) constitui retaguarda diagnóstica.

(arq. VIGEPID.DOC)

Sistema de Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária é um dever do estado e um direito do cidadão e suas atividades devem ser executadas com a consciência de que são ações em defesa da saúde de toda população.

O papel primordial da Vigilância Sanitária é intervir preventivamente no processo gerador de agravos à saúde, ao monitorar os fatores de risco por meio do controle da qualidade de serviços e produtos de consumo humano.

A Divisão de Vigilância Sanitária do Departamento de Ações em Saúde, compreende a Seção de Estabelecimentos (de saúde, vigilância do sangue e unidades hemoterápicas e radiações) com a análise de projetos arquitetônicos e laudos radio-técnicos e a Seção de Produtos (medicamentos e correlatos, cosméticos e saneantes, alimentos, água), que realiza o controle do comércio e indústria e protocolo de registros pertinentes junto ao Ministério da Saúde, além da investigação de enfermidades transmitidas por alimentos e o controle da potabilidade e flúor das águas de abastecimento público.

A Divisão de Vigilância Sanitária é, ainda, responsável pela padronização e normatização das ações para o Estado; pela capacitação de recursos humanos; pela coordenação das ações de fiscalização, coleta de amostras para análise fiscal e pela apreensão de produtos impróprios para o consumo. Realiza também o protocolo e análise de solicitações de registro de alimentos. As análises fiscais são enviadas ao LACEN/RS, que realiza as referentes a alimentos e água, coordenando a efetivação das demais.

No Estado há integração das normas e atividades da Vigilância Sanitária com várias instâncias intra e inter-institucionais:

- Alimentos: Secretaria Estadual de Educação (merenda escolar); Secretaria Estadual de Assuntos Internacionais (câmara técnica de alimentos) e Secretaria Estadual do Trabalho e Bem Estar Social (operação preço-justo, qualidade dos alimentos).
- Medicamentos: Laboratório Central do Estado - LACEN/RS - FEPPS.
- Cosméticos / Saneantes: Secretaria Estadual de Agricultura; FEPAM; Grupo de estudos sobre agrotóxicos.
- Estabelecimentos / registro profissional: - Conselho de classe; Secretaria de Educação e Cultura e Ministério do Trabalho.

A descentralização da Vigilância Sanitária

As dezoito DRS contam com quadro técnico específico para a coordenação das atividades de vigilância sanitária, provendo o suporte técnico naqueles municipalizados e a execução das ações nos municípios não municipalizados. Atualmente a SSMA é responsável direta pela execução de ações na maioria dos municípios: alimentos em 202 municípios; serviços de saúde em 423; medicamentos em 423. O

Levando em consideração o processo de municipalização e a norma operacional básica de 1996 foram definidas as competências do Estado (nível Central e/ou Regional) e do Município, bem como estabelecidos os requisitos, recursos materiais e recursos humanos mínimos necessários, por ocasião da municipalização das atividades de Vigilância Sanitária.

A ordem de implementação das ações abaixo, segue critérios epidemiológicos de prioridade, e deverá ser analisada e discutida com as autoridades municipais, levando-se em consideração o enquadramento dos municípios nas condições de gestão plena da atenção básica ou gestão plena do sistema municipal.

Gestão Plena da Atenção Básica

O Elenco Básico de Vigilância Sanitária compreende as seguintes atividades em conformidade com as NTOs da SSMA :

- Controlar a Qualidade da Água para consumo humano;
- Controlar a Qualidade dos Alimentos;
- Controlar a Qualidade dos serviços prestados por Hospitais, Unidades hemoterápicas e Clínicas de hemodiálise.

Gestão Plena do Sistema Municipal

O elenco completo de Vigilância Sanitária compreende as seguintes atividades:

- Controlar a Qualidade da Água para consumo humano;
- Controlar a Qualidade dos Alimentos;
- Controlar a Qualidade dos serviços prestados por Hospitais, Unidades Hemoterápicas e Clínicas de Hemodiálise;
- Controlar a Qualidade dos serviços prestados por todos os outros Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;
- Controlar a Qualidade dos Medicamentos, Correlatos, Cosméticos e Saneantes Domissanitários;
- Controlar a Qualidade dos estabelecimentos de Radiações;

As ações estão especificadas nos Anexos 1 e 2.

(arq. SVIGSAN.DOC)

Sistema de Sangue e Hemoderivados

Entre as atribuições do SUS no âmbito estadual está a de coordenar a rede estadual de Hemocentros, conforme Art. 17, da Lei 8080/90. O Hemocentro do Rio Grande do Sul, HEMORGS, órgão da SSMA integrado à estrutura da FEPPS pela Lei 10394 de Dezembro de 1994, tem a competência de desenvolver, difundir, acompanhar e avaliar as ações de saúde nas áreas de hemoterapia e hematologia, em sintonia com o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados. Estas competências estão agrupadas em três funções : coordenar a rede estadual de hemocentros e hemonúcleos regionais; garantir o suprimento de sangue e hemoderivados de boa qualidade aos hospitais do SUS localizados na área de responsabilidade direta do HEMORGS que inclui a 1ª, 2ª e 17ª regiões sanitárias e desenvolver o Programa de Atenção ao Hemofílico.

Quanto à primeira função, está prevista a implantação de sete Hemocentros Regionais distribuídos pelo Estado. Cada Hemocentro terá sua área de abrangência que no seu conjunto darão cobertura a todo Estado. A situação atual dos sete Hemocentros é a seguinte :

O HEMORGS, em Porto Alegre, já está em funcionamento desde 1987.

O Hemocentro de Passo Fundo (6ª DRS), também integrado à FEPPS, encontra-se em pleno funcionamento desde 1996, atendendo 25 hospitais da região. O Hemocentro de Caxias do Sul (5ª DRS) já está com suas instalações concluídas. Será administrado pela Prefeitura Municipal daquela cidade. Encontra-se na fase de contratação de recursos humanos e de aquisição de alguns equipamentos.

Em Santa Rosa (14ª DRS) foi reiniciada a etapa de conclusão da obra física que deverá estar concluída em 1997. Já foi desencadeado o processo de compra dos equipamentos. Os recursos humanos ficarão a cargo da regional, na forma de consórcio. O treinamento será realizado pelo HEMORGS. Está previsto o início de seu funcionamento em outubro de 1997.

O Hemocentro de Pelotas (3ª DRS) aguarda recursos do REFORSUS para reiniciar as obras de conclusão do prédio e compra de equipamentos. O prazo previsto para sua entrada em funcionamento é de um ano após a liberação dos recursos.

Para a construção do Hemocentro de Santa Maria (4ª DRS) foram solicitados recursos através do REFORSUS / 97. O prazo para conclusão e operacionalização é de um ano após a liberação dos recursos.

Os recursos para a construção do Hemocentro de Alegrete (10ª DRS) farão parte do REFORSUS / 98.

A necessidade de extensão da rede é justificada pelos critérios da OMS de disponibilidade de 25 litros de sangue/1000 habitantes para transfusões, o que representa para o Rio Grande do Sul 200.000 litros/ano, correspondendo a aproximadamente 500.000 doações. Estima-se que 13% do sangue transfundido no

Estado é controlado pelos Hemocentros atualmente em funcionamento, estando prevista para 1998 a conclusão da Rede Estadual de Hemocentros.

Quanto a segunda função, a de garantir sangue para os hospitais do SUS da 1ª, 2ª e 17ª Regiões Sanitárias, o HEMORGS mantém convênios com 42 hospitais distribuídos por 30 dos municípios de sua área de abrangência. Até 1998 estes convênios deverão atingir 53 hospitais. O HEMORGS distribui mensalmente cerca de 1500 bolsas de concentrados de hemácias, 70 bolsas de concentrados de plaquetas, 120 bolsas de crioprecipitado e 90 bolsas de plasma fresco congelado. Saliente-se que esses convênios não incluem os grandes hospitais de Porto Alegre que atendem ao SUS, como o Grupo Hospitalar Conceição, Hospital de Clínicas, Hospital São Lucas - PUC e Santa Casa de Misericórdia, pois estes hospitais tem serviços próprios e não necessitam do apoio regular do HEMORGS.

A terceira função objetiva garantir o atendimento integral a todos hemofílicos do Estado através do Programa de Atendimento do Hemofílico - PAHE. Atualmente estão cadastrados 362 hemofílicos.

(arq. HEMO.DOC)

Toxicologia

O Centro de Informação Toxicológica (CIT) foi criado em maio de 1976 como proposta pioneira, no Estado, de prestar assessoria e orientação frente a acidentes tóxicos ocorridos no Rio Grande do Sul, colaborando de maneira direta e eficiente na melhoria das condições de atendimento ao intoxicado. Em 1995 foi oficialmente designado como Departamento de Toxicologia da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde - FEPPS, ligado a Secretaria de Estado da Saúde e do Meio Ambiente. Dedicou-se ao atendimento emergencial destes acidentes, procurando sempre disponibilizar aos seus usuários a melhor informação existente no menor tempo possível. Outros programas e atribuições tem sido acrescentados às atividades básicas do CIT, transformando-o em um pólo de referência, tanto para a classe técnica, como para a comunidade leiga, no campo da toxicologia.

Neste período mais de 130.000 casos de intoxicações foram atendidos; consultorias, pareceres e avaliações foram realizadas e mais de 300 estudantes (hoje profissionais da área de saúde) foram treinados através de suas atividades junto ao plantão de emergência do CIT.

Plantão de Emergência

O Plantão de Emergência foi o núcleo inicial dos trabalhos desenvolvidos pelo Centro de Informação Toxicológica. Atende às solicitações em regime de plantão permanente (24 horas do dia / 7 dias da semana) e tem como características o atendimento rápido, com orientação segura e especializada. Conta com quinze estagiários-plantonistas (estudantes de Medicina ou Medicina Veterinária) e técnicos de apoio, especialistas em toxicologia e 4 linhas telefônicas normais, cinco linhas privativas com unidades de atendimento de urgência dos grandes hospitais de Porto Alegre, um sistema de ligação gratuita por telefonia de três dígitos (número 148), fax e telex.

Produção de Informação/Documentação/Prevenção e Educação

Nos últimos 20 anos o CIT desenvolveu diversos projetos e programas para que a informação existente estivesse cada vez mais acessível ao plantão de emergência e, por conseqüência, aos usuários.

Atualmente conta com dois sistemas básicos para armazenar e disponibilizar a informação de uso emergencial: um cadastro de produtos comerciais potencialmente tóxicos, em sistema computacional junto à Companhia de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul (conta mais de 20.000 produtos comerciais cadastrados), e um programa de produção de informação técnica de princípios ativos (monografias).

O CIT, desde sua criação, mantém programas e campanhas de prevenção de acidentes tóxicos, produzindo material para distribuição em escolas, creches, empresas e unidades de atendimento médico, principalmente da rede pública do Estado. Também efetua palestras e reuniões com alunos de primeiro, segundo e terceiro graus, trabalhadores da indústria (através das comissões internas de prevenção

de acidente), trabalhadores rurais, professores, auxiliares de creches e profissionais da área de saúde, educação e de atendimento de emergências (como bombeiros, policiais, patrulheiros rodoviários e equipes da Defesa Civil).

Desde março de 1996, mantém uma Home Page na INTERNET com o objetivo de difundir informações de prevenção de acidentes tóxicos, atividades e serviços, além de novidades na área de toxicologia para toda a comunidade. Qualquer usuário da rede pode acessar o CIT pela WWW (World Wide Web) através do endereço: www.procergs.com.br/cit. Também é possível fazer perguntas, tirar dúvidas ou dar sugestões pelo E-mail: cit@procergs.com.br.

Laboratório de análise de emergência

Com a nova estrutura do CIT, foi criada a Divisão de Análise Toxicológica. O Laboratório de Análise de Emergência iniciou seu funcionamento em maio de 1996, com a proposta de atuar em regime de plantão permanente, realizando determinações analíticas qualitativas e quantitativas de substâncias químicas prejudiciais a saúde, em fluidos biológicos, com fins de diagnóstico e monitoramento.

Este trabalho irá favorecer a identificação e quantificação de agentes tóxicos em caráter de emergência, diminuir o intervalo de tempo no processamento das análises e permitir maior rapidez na emissão dos resultados, favorecendo uma conduta precoce de diagnóstico e tratamento. Foi elaborado o Manual de Informações Básicas sobre Análises Toxicológicas de Emergência, que contém métodos de coleta, armazenamento e transporte das amostras, para orientação dos hospitais usuários do CIT.

Laboratório de Toxinas Naturais

O Laboratório de Toxinas Naturais foi implantado com o objetivo de aprimorar as ações e pesquisas nas áreas de animais peçonhentos e plantas tóxicas, acidentes epidemiologicamente importantes no Estado.

O CIT organiza e mantém um banco de dados de animais e plantas de interesse toxicológico. Cria e orienta programas de prevenção e controle de acidentes por animais e plantas com potencial tóxico, assim como realiza a identificação de animais peçonhentos e plantas tóxicas, relacionadas a casos atendidos pelo plantão de emergência, auxiliando na conduta a ser tomada. Através de um acordo de coordenação técnica com o Instituto Butantan de São Paulo está coordenando a testagem do soro antilonômia, juntamente com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Antídotos e Soros Antiveneno

Os antídotos (usados em diversos tipos de intoxicações - por pesticidas, medicamentos, etc), estão colocados gratuitamente em áreas estratégicas do Estado para facilitar seu deslocamento e uso. Junto com o Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul, há o programa de produção de Carvão Ativado e Xarope de Ipeca, tradicionalmente utilizados, e de eficácia comprovada em uma série de

intoxicações. Este programa produz anualmente, milhares de frascos destes produtos e os distribui pela rede de saúde do Estado.

Por delegação do Ministério da Saúde o Centro de Informação Toxicológica coordena a distribuição e utilização de soros antiveneno, usado em acidentes por ofídios e aracnídeos em todo o Estado do Rio Grande do Sul. Atualmente existem mais de 460 pontos de estoque e distribuição de soros no Estado e nos últimos seis anos, o CIT distribuiu e orientou a aplicação de mais de 73.000 ampolas de soro, e atendeu a aproximadamente 13.500 acidentes com animais peçonhentos.

(arq. TOXICO.DOC)

3.4.3. PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA -PPI

A SSMA, buscando restaurar o planejamento sistemático e a padronização de metodologias para a programação assistencial do SUS elaborou uma proposta de programação físico-financeira a ser submetida às instâncias deliberativas do SUS.

A proposta prevê, de uma forma ascendente, a estruturação de um planejamento assistencial através do dimensionamento da capacidade operacional de cada município, a qual deve traduzir as responsabilidades do gestor municipal com a garantia de acesso de seus munícipes aos serviços de saúde, que quando não existentes no município, devem ser a outros referenciados.

É através do diagnóstico do perfil de saúde do município e de seu sistema de referência e contra-referência, devidamente discutido com seu Conselho Municipal de Saúde, que os órgãos regionais e centrais da SSMA compatibilizam e harmonizam as diversas programações municipais para consolidá-las por região e Estado.

Este instrumento de planejamento objetiva racionalizar os custos na área de saúde, otimizar os recursos disponíveis, garantindo a universalidade e a integralidade das ações e incorpora, através da participação dos gestores municipais e seus conselhos, proposições políticas e sociais que validam o modelo assistencial proposto.

A PPI proposta pela NOB 01/ 96 envolve todas as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia, bem como o controle de agravos, o que necessariamente envolve a alocação de novos recursos financeiros. A reorganização do modelo de atenção e de gestão do SUS deve, portanto considerar a realidade orçamentária existente.

(arq. PPI.DOC)

3.4.4. ATENÇÃO AO MEIO AMBIENTE

A importância dos fatores ambientais nas condições de saúde - doença das populações é reconhecida e contemplada pela legislação sanitária federal e estadual. No Rio Grande do Sul, desde 1974 (Coordenadoria de Controle de Equilíbrio Ecológico) a gestão ambiental está vinculada à Secretaria de Saúde que, a partir de 1979 passou a ser também do Meio-Ambiente.

Cabe ressaltar a situação pioneira do Estado ao associar a gestão ambiental à Saúde Pública. Atualmente essa associação é incentivada por organismos internacionais, através de programas como "Nosso Planeta - Nossa Saúde" e "Cidades Saudáveis" da OMS. Entidades como ECO-OPAS (Centro Panamericano de Ecologia Humana e Saúde) tem se dedicado à pesquisa e orientação de agências de governo no campo da Epidemiologia e Toxicologia Ambientais.

A Saúde Ambiental - campo de conhecimento que busca identificar os riscos a Saúde gerados ou potencializados pelo ambiente - ganha destaque como forma moderna de administrar a interface Saúde e Ambiente. Do ponto de vista da opinião pública, é maior a sensibilidade para os problemas ambientais quando estes representam ameaça direta à saúde humana. Assim, os problemas de poluição dos recursos hídricos, poluição atmosférica urbana, contaminação de alimentos por agrotóxicos são temas que preocupam a população como um todo, tendo já transcendido a atuação das entidades ambientalistas. Vale lembrar que da ação coercitiva e punitiva dos anos 70 e 80, passe-se a um enfoque consubstanciado no desenvolvimento sustentável culminando com uma série de exigências criada pelo mercado, dos quais a série ISO 14000, entre outros, bem ilustra a tendência que caminha para consolidação.

Tanto a FEPAM, vinculada à SSMA, quanto outros órgãos da administração estadual que atuam em gestão ambiental (METROPLAN, CORSAN, PROSAN, FUNDAÇÃO ZOOBOTÂNICA e outros) têm desenvolvido ações significativas sobre o ambiente que afetam a saúde pública, especialmente nas áreas de saneamento básico, desenvolvimento urbano e educação sanitária e ambiental.

Uma carência sentida por estas entidades é a falta de indicadores de saúde ambiental - especialmente referentes aos efeitos da poluição das águas, atmosfera e contaminação por agrotóxicos e outros poluentes sobre a saúde.

Atualmente a FEPAM não está desenvolvendo atividades específicas na área de Saúde Ambiental. Pela importância de que esta temática se reveste, esta Fundação sugere que seja implementado um Programa de Saúde Ambiental, coordenado pelo Nível Central da SSMA, promovendo ações que efetivamente estruturem e reforcem esta interface.

A FEPAM se depara, hoje, com crescente demanda de licenciamento, impulsionada tanto por parte do poder público através dos vários programas (Pró-Guaíba, Pró-Rural, Pró-Moradia, Pró-Sanear...), quanto por parte da iniciativa privada, ambas necessitando do licenciamento para obtenção de recursos. O Protocolo Verde do governo federal condiciona liberação de recursos à adequação ambiental - prática esta disseminada em outros setores, além da forte ação do Ministério Público e da própria fiscalização da FEPAM.

A evolução deste quadro vem sendo um desafio para a FEPAM, ensejando a configuração de novo posicionamento que aponta para as parcerias (com entidades congêneres estaduais, federais, municipais e outros), para a regionalização (implementação de regionais na FEPAM: Caxias do Sul, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Rosa, Santa Maria, Uruguaiana, Osório, Passo Fundo e Ijuí), e para a descentralização da gestão ambiental, através de convênios com municípios, a exemplo do que ocorreu com Estância Velha, Igrejinha e Guaíba, o que, em síntese, implica na estruturação de um novo modelo de gestão ambiental.

(arq. MEIOAMB2.DOC)

3.4.5. SANEAMENTO BÁSICO

Em relação ao saneamento básico, a Constituição Estadual estabelece que é um serviço público essencial, compreendendo a captação, tratamento e distribuição de água potável, a coleta, o tratamento e a distribuição final de esgotos cloacais e do lixo, bem como a drenagem urbana.

A maior parte dos recursos destinados à área de saneamento concentram-se na Companhia Riograndense de Saneamento - CORSAN - órgão responsável pelos sistemas de distribuição e tratamento da água e rede de esgotos em 90% dos municípios do Estado, que não contam com serviços próprios.

A SSMA possui o Programa de Saneamento Básico Comunitário (PROSAN), executado em conjunto com as Prefeituras desde 1974.

O objetivo geral do PROSAN é contribuir para a melhoria da qualidade de vida e do nível de saúde da população, buscando o controle e/ou redução das doenças transmissíveis, toxi-infecções, e verminoses através da instalação de equipamentos comunitários e/ou domiciliares de saneamento, apoiados por ações específicas de educação para saúde com o objetivo de estimular a participação da população nas ações do programa, além do uso correto e manutenção das melhorias construídas, desenvolvendo na comunidade a busca de melhoria das condições ambientais.

A população alvo do programa são as comunidades carentes, residentes nas áreas periféricas dos centros urbanos e em aglomerados urbanos do meio rural que não são beneficiárias da companhia estadual ou municipal de saneamento.

As ações do Programa se desenvolvem a partir de contrato de prestação mútua de serviço firmado com as Prefeituras Municipais, onde está definida a participação de cada uma das partes intervenientes: Secretaria, Prefeitura e Comunidade. Quando a ação prevê a construção de equipamentos de uso coletivo, a Secretaria repassa às Prefeituras 80% dos custos com materiais (até o limite de 20 CUB), enquanto estas, com a comunidade, se encarregam da participação com o restante do custo do material e mão-de-obra. A manutenção dos serviços fica sob responsabilidade da Prefeitura e, ocasionalmente, da comunidade. Quando a ação se refere a melhorias domiciliares, a Secretaria repassa todo o material para a confecção das melhorias, cabendo à Prefeitura o fornecimento da mão-de-obra para confecção e o transporte destas até as áreas onde serão implantadas, com a participação da comunidade na montagem. À Secretaria cabe também a administração, normatização, coordenação e supervisão do Programa, exame e aprovação dos Projetos, preparação de recursos humanos necessários à implantação das atividades e desenvolvimento de pesquisa de tecnologias.

As principais atividades desenvolvidas são: educação para a saúde (visitas, palestras, reuniões comunitárias); incentivo às Prefeituras para implantação da coleta pública de lixo; construção de Sistema Simplificado de Abastecimento de Água (SSAA) em comunidades de pequeno porte; extensão de rede pública de abastecimento de água (ERA); fabricação e implantação de módulos, melhorias domiciliares como banheiros, tanques de lavagem de roupa, chuveiro, ligação a rede de água; instalação de caixas de concreto para drenagem de terrenos, etc. (Anexo 3)

Com o sistema de co-participação estado/municípios, o programa consegue manter uma estreita relação com as comunidades beneficiadas por suas ações,

que exercem vigilância sobre órgãos públicos e sensibilizam politicamente as lideranças, abrindo horizontes para melhor qualidade de vida das populações carentes urbanas e rurais.

Infraestrutura

O programa mantém a nível central um grupo técnico executivo encarregado das atividades da administração, normatização, coordenação e supervisão do Programa, exame e aprovação de projetos, preparação de recursos humanos necessários à implantação de suas atividades e ainda o desenvolvimento de tecnologias; mantém, também uma oficina que atende a 1ª e 2ª Delegacias Regionais.

A nível regional há uma rede de 13 oficinas em funcionamento e 3 desativadas por carência de recursos humanos localizadas nas sedes das Delegacias Regionais de Saúde. A nível local o Programa conta com 2 oficinas em funcionamento nos municípios de Imbé e Santana do Livramento.

A Oficina Central e as Oficinas Regionais servem de base das equipes regionais, que são constituídas de pessoal de nível médio e elementar. No grupo de nível médio, encontram-se os inspetores regionais de saneamento, que são responsáveis pelas equipes e realizam a orientação e supervisão do Programa na área de abrangência da Delegacia Regional de Saúde. Contam com um número variável de 2 a 5 auxiliares de saneamento, que além de suplementarem as atividades do inspetor, realizam também tarefas de campo, controle de material e chefia de oficina. Tanto inspetores como auxiliares são servidores da Secretaria e o treinamento recebido por eles é ministrado pela Escola de Saúde Pública com a participação e assessoramento do grupo técnico-executivo do Programa. Contam, ainda, com um número variável de operários cedidos pelas Prefeituras.

O Programa conta em cada uma das Prefeituras conveniadas com pessoal de nível médio e elementar, que formam um núcleo constituído de um auxiliar de saneamento e um número variável de operários e montadores de melhorias. São funcionários das Prefeituras colocados à disposição do Programa e recebem treinamento compatível com a função a executar, com a participação também das equipes regionais do Programa. Trata-se de treinamento descentralizado, sendo 80% do todo voltado para a prática de campo.

A carência na área de saneamento básico, no estado, apesar da situação privilegiada em relação aos demais estados da federação, é inquestionável e contribui, para a deterioração da qualidade de vida da população. É, portanto, fundamental que se continue com o Programa através do desenvolvimento de Recursos Humanos e a mecanização das oficinas, permitindo atender de maneira incremental à demanda dos municípios.

(arq. MEIOAMB2.DOC)

3.4.6. AÇÕES REGIONAIS DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

A Fundação Nacional de Saúde - FNS, Coordenação Regional do Rio Grande do Sul, é um órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, exercendo concomitantemente um papel relevante enquanto promotor, coordenador, normatizador e executor de ações no controle de doenças transmissíveis, ações de saneamento básico, informações em saúde, capacitação de recursos humanos, educação em saúde e mobilização comunitária, e atenção à saúde das populações indígenas.

Criada em abril de 1991, resultado da fusão da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM, Fundação Serviços de Saúde - FSESP, incorporando as atividades da extinta Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde - SNABS, o Departamento de Informática da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV e alguns programas da também extinta Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - SNPES, atua em áreas distintas, em cada Coordenação Regional - órgão representativo estadual, de acordo com as peculiaridades de cada estado ou município.

O compromisso com o processo de construção do SUS se expressa no esforço de transferir à gestão municipal e/ou estadual, ações e serviços estruturados e organizados, garantindo a qualidade e continuidade da atenção à saúde prestada à população, principalmente no que se refere à prevenção. Essa experiência tem demonstrado que a falta de aparelhamento nos níveis mais periféricos do SUS, conjugada à necessidade de qualificação dos profissionais ligados às áreas de atuação da FNS no estado, exigem a manutenção da capacidade operativa, normativa e de fomento do Gestor Nacional.

É importante assinalar o forte papel operativo da FNS, que embora compartilhado com o Estado e Municípios, executa diretamente o controle das doenças transmitidas por vetores e reservatórios, necessitando, portanto, obter créditos orçamentários federais suficientes para fazer face às atividades operativas que a situação epidemiológica do Estado requer, bem como executar as metas demandadas pelas prioridades estabelecidas pelos Programas do Ministério da Saúde.

Neste sentido, cumpre destacar que de seu contingente de 543 servidores, cerca de 432 (79%) estão diretamente envolvidos na prestação de assistência à população, através das ações de saneamento e de controle de doenças transmissíveis por vetores e reservatórios.

As ações de **controle das doenças transmitidas por vetores e reservatórios** alcançam a totalidade dos municípios do estado, abrangendo atividades de vigilância entomológica, luta anti-vetorial - com tratamento de criadouros, borrifação; atenção aos indivíduos - exames laboratoriais e tratamento - e saneamento ambiental. As doenças objeto dessas ações são: doença de chagas, febre amarela, dengue. Outras ações são realizadas em conjunto com o Estado e Municípios, como o controle da iodação do sal para prevenção ao Bócio Endêmico, repasse de medicamentos para a rede de atendimento do SUS a fim de serem utilizados com os casos de Malária importados, uma vez que o estado não constitui-se em área de risco, devido à ausência de fatores geoecológicos que favorecem a presença permanente do anofelino.

A participação da Fundação Nacional de Saúde em ações e programas estaduais e municipais, pelo fornecimento de recursos humanos e materiais, como

aquisição de insumos e aplicação de recursos de investimentos, bem como o repasse financeiro para esferas estaduais e municipais (através da formalização de convênios), a aquisição de vacinas e participação nas campanhas de vacinação, demonstram a facilidade operativa da Coordenação, em comparação às estruturas administrativas estadual e municipais.

Em relação à **entomologia**, a Coordenação Regional dispõe de uma estrutura de laboratórios distribuídos pelo estado, tendo sido instalado o Primeiro Laboratório Bi-nacional, atendendo às demandas do estado do Rio Grande do Sul e do Uruguai, para atividades relacionadas ao exame entomo-parasitológico de triatomíneos (Programa de Controle da Doença de Chagas) e exame de larvas de mosquitos (Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue).

As ações de **saneamento** são desenvolvidas em municípios e localidades com elevada incidência de doenças provocadas por condições inadequadas de saneamento; com dificuldades de gerenciamento dos sistemas locais de saneamento, e de baixa viabilidade econômico-financeira. Suas ações tem beneficiado principalmente pequenos municípios, compreendendo cooperação e apoio técnico e administrativo, construção e ampliação de sistemas de abastecimento de água e esgotamento sanitários, controle da qualidade de água, desenvolvimento de tecnologia simplificada e de baixo custo para proporcionar água e execução de melhorias sanitárias.

As ações relativas à disseminação de **Informações em saúde** e de sistemas de informação, permitem a obtenção de indicadores de desempenho e de resultado das ações e programas realizados. Tais informações são base para controle operacional bem como para o desenvolvimento de estratégias de apoio ao controle de doenças, atendendo às diretrizes definidas a partir das ações e metas prioritárias do Ministério da Saúde. Para isso, a Coordenação Regional atua na assessoria às Secretarias Municipais e Estadual de Saúde, no treinamento e implantação dos softwares desenvolvidos, visando à operacionalização do Sistema Nacional de Informações de Saúde. Na área de informática, a Coordenação Regional tem a missão de prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática necessários ao processo de planejamento, operação e controle do Sistema Único de Saúde, através da manutenção de bases de dados nacionais, apoio na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática inerentes ao funcionamento dos mesmos.

As ações relativas à **capacitação de Recursos Humanos** tem sido priorizadas para atendimento às ações e metas prioritárias do Ministério da Saúde, referentes à descentralização, com o propósito de qualificar os profissionais municipais e estaduais na execução das atividades da Fundação Nacional de Saúde, em todas suas áreas de atuação. Considerando que o combate às endemias é a área de maior intensidade de ação, é nesta área que as capacitações estão sendo realizadas com maior volume de atividades. Porém, em todas as programações de atividades, a capacitação de profissionais de saúde, usuários e comunidade em geral, tem sido item de planejamento constante.

As ações de **Educação e Saúde** são realizadas diretamente com as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, através de programação integrada, promovendo o repasse de informações sobre a prevenção às endemias do estado, através da capacitação de monitores do ensino público, produção e distribuição de material educativo, participação em feiras de saúde, realização de eventos para mobilização comunitária em relação à necessidade de prevenção às doenças, incluindo o fator saneamento básico.

Em relação à **saúde indígena**, a Coordenação Regional tem como prioridades planejar e coordenar inter-setorialmente e intra-institucionalmente, o desenvolvimento de ações e serviços de saúde, buscando parcerias para desenvolvimento de atividades principalmente de capacitação de recursos humanos envolvidos com aquela população.

Essas e demais ações da Fundação Nacional de Saúde delimitam, configuram e estão compreendidas nas definições de sua missão institucional, como órgão da direção nacional do Sistema Único de Saúde que tem como finalidade promover, coordenar, normatizar e executar ações e serviços de saúde pública :

Em relação aos Municípios:

Ser referência técnica no controle de endemias, em saneamento básico a pequenos e médios municípios, na atenção à saúde da população indígena, no fornecimento de informações de saúde e na área de educação em saúde.

Em relação à população:

Promover a melhoria da qualidade de vida através da prestação de serviços eficientes e humanizados, permitindo o acesso às informações de saúde atualizadas, possibilitando o conhecimento na área de educação em saúde e sensibilizando quanto à importância da parceria na realização de ações para a prevenção de doenças.

As ações da Fundação Nacional de Saúde estão especificadas no Anexo 4.

(arq. FNS.DOC)

3.4.7. AÇÕES DO ESCRITÓRIO DE REPRESENTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Escritório de representação do Ministério da Saúde, no Estado do Rio Grande do Sul, atua em duas áreas básicas: na Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, e na Auditoria do Sistema Único de Saúde.

Vigilância Sanitária

As ações desenvolvidas pelo Serviço de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras estão discriminadas abaixo:

Porto Alegre: no Aeroporto Internacional Salgado Filho, no Porto de Porto Alegre e na EBCT - Correios; realiza a fiscalização sanitária no trânsito internacional de viajantes, veículos e produtos (medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, domissanitários e correlatos), além do controle de vetores de doenças de Notificação Internacional (Febre Amarela, Cólera, Peste).

Canoas: no DAP (Depósito Aduaneiro Público) onde fiscaliza a inportação de Produtos Importados sob Vigilância Sanitária e no Terminal de Gás, onde fiscaliza embarcações.

Triunfo: no Pólo Petroquímico, onde fiscaliza embarcações.

Rio Grande: no Porto Marítimo Internacional (Porto Velho, Porto Novo e Super Porto), realizando fiscalizações sanitárias no trânsito de embarcações internacionais, de cabotagem e pesqueiros, além da fiscalização da área de estacionamento portuário, da importação e exportação de Produtos sob Vigilância Sanitária, do controle sanitário de viajantes internacionais e do controle de vetores de doenças de Notificação Internacional (Febre Amarela, Cólera e Peste).

Uruguaiana: realiza a fiscalização sanitária no trânsito internacional de veículos terrestres (ônibus, caminhões, carros de passeios e demais utilitários), de aeronaves (no Aeroporto Internacional Rubem Berta), além da fiscalização no Terminal do Rodoviário Internacional, no Terminal do Aeroporto Internacional e na Estação Aduaneira de Fronteira (EAF). Atua também na fiscalização da importação de produtos sob Vigilância Sanitária (medicamentos, alimentos, correlatos, saneantes e cosméticos), no controle Sanitário de viajantes internacionais e no controle de vetores de doenças de Notificação Internacional (Febre Amarela, Cólera e Peste).

Auditoria

A divisão de Controle, Avaliação e Auditoria desenvolve as seguintes atividades:

Auditorias Hospitalares

- Hospitais selecionados na Auditoria Analítica.
- Hospitais indicados para Auditoria pelo Gestor Estadual ou Municipal do SUS.
- Hospitais já auditados com recomendação de nova Auditoria.

Auditorias Ambulatoriais

- Serviços selecionados na Auditoria Analítica.
- Serviços indicados para Auditoria pelo Gestor Estadual ou Municipal do SUS.
- Serviços já auditados com recomendação de nova Auditoria.

Auditorias nos Municípios com Semiplena

Auditorias Específicas

- Auditorias em procedimentos especiais de Alto Custo
- Auditorias Periciais para a Procuradoria da República
- Auditorias sobre denúncias
- Auditorias a pedido do Conselho Estadual de Saúde
- Auditorias determinadas pelo Ministério da Saúde
- Auditorias determinadas pelo T.C.U.

Auditorias Analíticas

- Trabalhos executados na Sede.

O Plano Anual de Atividades de Auditoria/97 (DIAUD/RS) prevê as seguintes ações:

Auditorias Operacionais

- Verificação “in loco” da gestão dos recursos repassados, mediante convênios, a entidades (Prefeituras, Hospitais, SES/RS), para investimentos - obras, reformas e equipamentos;
- avaliar a legalidade na aplicação destes recursos;
- avaliar os resultados com a implantação dos projetos.

Auditorias de Programas

- Verificação “in loco” da gestão dos recursos repassados, mediante convênio, a Prefeituras e SES, com vistas ao desenvolvimento de Programas Especiais, tais como “Leite é Saúde”, “Saúde da Família” e “Saúde Mental”;
- avaliar a legalidade na aplicação destes recursos;
- acompanhar e avaliar a execução do Programa;
- analisar os resultados da aplicação do Programa.

Auditorias Especiais

- Realizar diligências, a fim de atender solicitações do Tribunal de Contas da União, Conselhos Estadual e Municipais de Saúde e denúncias.

Auditorias de Gestão

- Realizar em conjunto com a DIC/RS, através da verificação “in loco” avaliação das Gestões Semiplenas no Estado;
- avaliar a legalidade da gestão;
- avaliar a execução da gestão;
- analisar os recursos da gestão.

(arq. AÇOREG.DOC)

3.5. - INFRAESTRUTURA

3.5.1 - RECURSOS HUMANOS

A busca de efetividade das ações da SSMA passa fundamentalmente pela questão dos recursos humanos, sua disponibilidade, adequação, localização, gerenciamento, inserção na equipe de trabalho e valorização.

A SSMA atualmente tem organizado o gerenciamento de seus recursos humanos em dois departamentos, o Departamento Administrativo, cuja Divisão de Recursos Humanos tem a competência de efetuar o controle das rotinas de pessoal e a Escola de Saúde Pública, a qual está afeto o desenvolvimento de recursos humanos.

A situação do quadro de servidores é demonstrada na Tabela 19.

A SSMA possui 3474 servidores cedidos a outras instituições, sendo 98,77 % desses, cedidos a municípios em função do processo de municipalização.

A diversidade de vínculo tem propiciado dificuldades de gerenciamento pelos diversos regimes jurídicos, cargas horárias, salários, vantagens, culturas institucionais, especialmente nos municípios, onde o problema é constantemente mencionado.

O efetivo da SSMA, por ser constituído de pessoal de vários quadros funcionais que dão nomes diferentes às diversas funções, apresenta dificuldades em ser demonstrado de forma que fique claro o contingente por função. Assim, é apresentado na Tabela 20, um condensado da listagem atual por cargo, não tendo sido possível a classificação dos cargos funcionais médios e elementares, o que foi agrupado em "auxiliares", tal a diversidade.

Entende-se como muito importante um levantamento da situação ao detalhe como correlacionar os cargos dos diversos quadros, situar mais claramente as funções como, por exemplo, "médico" em função de clínico, em função de gerente, em função de epidemiologista, etc., que colaboraria para um domínio maior da situação por parte da gerência, o que será cada vez mais exigido em razão do pretendido aperfeiçoamento do sistema. Isto gerará qualificação dos desempenhos, diminuição dos desvios de função e de ações judiciais por questões funcionais, contra o Estado.

A Tabela 20 mostra a desuniformidade das equipes de trabalho refletindo a história de ingresso sem valorização da formação específica, sem critério de lotação e correlação entre formação, experiência, interesse, perfil profissional, etc. Ainda, por falta de uma política de recursos humanos que contemple as necessidades da Secretaria enquanto gestor e impulsionador do Sistema, o processo continua pela não alocação dos recursos humanos de acordo com aquelas necessidades e um adequado acompanhamento e controle da situação de distribuição.

Por outro lado, a formação das equipes na Rede tem-se dado pelas necessidades imediatas, com a predominância do profissional médico em trabalho de

assistência médica individual, retratando o modelo assistencial vigente que se estrutura sobre a equipe bi-polar, médico e auxiliar.

Quanto às fundações, a FEPAM possui quadro próprio, composto (em dezembro / 1996) de 172 servidores e 30 servidores adidos de outras instituições e ainda, 89 estagiários entre níveis médio e superior.

A FEPPS, possui 456 servidores distribuídos entre as Diretorias Técnica e Administrativa e Assessorias. A Diretoria Técnica é integrada pelo Departamento Industrial (antigo Laférgs), o Laboratório Central de Saúde Pública (antigo IPB), o Hemocentro e o Departamento de Toxicologia (CIT), sendo os servidores ainda adidos da SSMA em razão de ainda não haver quadro próprio de servidores, com 52 servidores adidos de outras instituições. O processo de elaboração do projeto de lei que cria o Plano de Cargos e Salários da FEPPS está em andamento, devendo estar concluído ainda em 1997 para possibilitar a regulamentação da Fundação.

Em relação às regiões sanitárias, a distribuição dos recursos humanos não tem seguido uma uniformidade, sendo necessário avaliar essa distribuição, com base na perspectiva de municipalização, no novo perfil do profissional para as atribuições do âmbito regional, correlacionando o número de habitantes e características epidemiológicas da região, entre outros. (Tabela 21)

Com relação ao vínculo, os servidores da SSMA são oriundos de vários quadros funcionais do Estado, sendo que ainda não predomina a lotação no Quadro da Saúde e do Meio Ambiente. (Tabela 22)

Os servidores do Quadro Geral são na maioria transpostos do regime CLT, sendo apenas 109 concursados. A transposição para o regime jurídico único encontra-se *sub-judice*,

Em razão da falta de pessoal, o concurso geral feito em 1993 para o Quadro da SSMA, foi efetivo parcialmente, sendo que a nomeação para algumas categorias encontra-se também *sub-judice*, sendo esperado o desfecho para 1997.

Com a implementação do processo de municipalização, com os municípios absorvendo os recursos humanos hoje vinculados à SSMA, a Secretaria terá servidores nos níveis central e regionais, continuando a cedência de servidores aos municípios, ainda remunerados pelo Estado, cargos, entretanto, em extinção.

Observa-se ainda que diante da situação atual, que deverá conduzir certamente a um requerimento de ingresso de pessoal, seja pela média de idade dos servidores hoje, seja pela mudança do perfil exigido, necessariamente demandará eventos de capacitação e suscitará a definição política por um plano de cargos e salários, revisando o existente, que venha a contribuir com a motivação, profissionalização, ascensão profissional e fixação do funcionário, respeitando inclusive, prerrogativas profissionais.

Aliado a isso, as dificuldades das condições de trabalho, que geram baixa resolutividade dos serviços, somado aos baixos salários, têm sido apontadas como fator de desmotivação, absenteísmo e descumprimento das cargas horárias contratuais, comprometendo a imagem do servidor e do sistema.

A II Conferência Estadual de Saúde aprovou a proposta de criação de uma Câmara Técnica de Recursos Humanos junto à Comissão Intergestores Bipartite, que seria um fórum permanente de negociação, acompanhamento, deliberação, enfim, de confluência da problemática dos recursos humanos.

(arq. INFRA.DOC)

Tabela 19 - Demonstrativo da situação de vínculo dos servidores da SSMA

Origem	Quantidade	%
Próprio da SSMA	6.853	74,07
Adidos do Ministério da Saúde	1.335	14,43
Adidos do Estado	23	0,25
Adidos de Municípios	94	1,02
Pessoal Complementar (*)	711	7,68
Estagiários	236	2,55
Total	9252	100

Fonte: Divisão de Recursos Humanos - DA - SSMA

(*) Pessoal contratado pela FUGAST e FUC e colocados a disposição da SSMA

Tabela 20 - Demonstrativo da distribuição dos servidores, por função, na estrutura organizacional da SSMA, 1996

Nº servidores(1)	Rede Amb. e Hosp. D.C. Reg.	DAS	DAHA DCHH	ESP	FES, DA e Assessorias
Administradores	41			03	05
Advogado					06
Arquiteto	06	01	01		
Assistente Social	26	02	01		01
Bibliotecário	01			02	
Biólogo	05				
Enfermeiro	130	13	01	05	03
Engenheiro	09	05		01	01
Farmacêutico	97	08	02	05	01
Jornalista				01	03
Médico	1805	84	28	20	18
Nutricionista	38	02		03	01
Odontólogo	329	11	02	06	01
Pedagogo	04	01			
Psicólogo	59	03		02	
Rel. Públicas	03				02
Sociólogo	02		01	03	
Veterinário	14	08			
Outros profissionais	35	03	02	03	04
Gerentes (3)	123	19	11	11	22
Téc. e Auxiliares (4)	3874	149	26	62	129

Fonte: Divisão de Recursos Humanos - DA - SSMA

(1) não incluídas as Fundações;

(2) agrupado por semelhança de nomes dos cargos a partir da listagem da DRH que não inclui os adidos e os cedidos;

(3) agrupadas os cargos de delegado, diretor, assistente, assessor, coordenador, chefe, muitos em cargos de comissão (Ccs), nem sempre em funções de gerência, mas em funções técnicas;

(4) agrupadas todas as funções de nível médio e elementar, técnico e administrativo;

Tabela 21 - Número de servidores por Delegacia Regional de Saúde (Sede), 1996

DRS	Nº de Servidores Sede da DRS
1ª	101
2ª	49
3ª	64
4ª	66
5ª	70
6ª	39
7ª	39
8ª	47
9ª	48
10ª	30
11ª	50
12ª	39
13ª	33
14ª	43
15ª	42
16ª	35
17ª	21
18ª	26

Fonte: Div. de Recursos Humanos - DA - SSMA

Tabela 22 - Distribuição por Quadro Funcional na SSMA, 1996

Quadro	Número de Funcionários
Quadro Geral	4996
Quadro da Saúde e do Meio Ambiente	1126
Quadro dos Técnicos Científicos	354
CLT	102
Total	6578

Fonte: Divisão de Recursos Humanos - DA - SSMA

(arq. TAB2122.DOC)

3.5.2. A REDE DE UNIDADES ASSISTENCIAIS DO SUS/RS

Por definição, o SUS é constituído do conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, fazendo parte também os serviços privados contratados ou conveniados para atuar, em caráter complementar, dentro do sistema (Constituição Federal de 1988, art. 198 e Lei Federal 8080/90, Art. 4º).

Além das unidades prestadoras de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico), de Vigilância Sanitária e de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças, que devem estar organizadas de forma regionalizada e hierarquizada, também compõe o SUS as unidades vinculadas à instituições públicas de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, de medicamentos, de equipamentos e de sangue e hemoderivados.

Neste tópico, será analisado apenas a conformação da rede de unidades assistenciais que compõe o SUS no Estado, isto é, as unidades ambulatoriais e hospitalares públicas e privadas contratadas e conveniadas.

3.5.2.1. Sistema Ambulatorial

Estão cadastradas no SUS 5.544 unidades ambulatoriais, incluídas as unidades dos municípios que assumiram as ações de saúde em gestão semiplena conforme a NOB 01/ 93.

As unidades cadastradas, excluídas as dos municípios em semiplena, somam 5.365, das quais 2.948 (55%) representam serviços privados. No setor público, predominam os serviços municipais (1.608 unidades), seguidos pelos estaduais (404 unidades). Os sindicatos mantêm 245 serviços cadastrados e as entidades filantrópicas 160 serviços. De maneira geral, estes serviços estão concentrados nas grandes cidades que são também pólos universitários.

O parâmetro de consultas médicas, utilizado pelo SUS é de duas consultas/ habitante/ ano. O número total de consultas médicas realizadas em 1996 foi de 18.274.776, correspondendo a uma cobertura de 1,88 consultas/ habitante/ ano (considerando-se a população de 1.996: 9.679.124 habitantes, conforme o IBGE). Devemos considerar entretanto, que não dispomos do número de consultas realizadas fora do Sistema, fato que dificulta a avaliação do referido parâmetro.

Na área das consultas especializadas, a oftalmologia tem sido uma das carências mais importantes no Sistema.

Em termos de consultas odontológicas, o parâmetro mínimo do gestor federal é de 0,5 consulta/ habitante/ ano. Em 1996 foram realizados 3.885.390 procedimentos odontológicos, ou seja, atingiu uma cobertura de 0,40 consultas/ habitante/ ano.

Deve-se ponderar, contudo, que as ações de saúde oral não se restringem ao atendimento odontológico. A fluoretação da água de abastecimento e a aplicação tópica de flúor são medidas reconhecidamente eficazes na proteção contra a cárie dentária. Neste sentido, o Rio Grande do Sul foi o primeiro estado

brasileiro a promulgar legislação determinando a obrigatoriedade da fluoretação da água de abastecimento, no ano de 1975. Em 1994, a cobertura por esta medida atingia 67% da população, embora 60% dos municípios não participassem do programa.

Em 1996, foram pagos ^{43 955 918} ~~48.001.456~~ procedimentos ambulatoriais, no valor de R\$ 207.073.095,95. Incluindo-se o gasto com medicamentos especiais (R\$ 9.142.967,60), os gastos com assistência ambulatorial perfazem um total de R\$216.216.063,55.

A análise da produção ambulatorial paga pelo SIA/SUS-RS, em 1996, por item de programação, (Quadro 8) revela o seguinte:

- 69% dos procedimentos ambulatoriais (33.268.438) são referentes à atenção básica (ações de vigilância epidemiológica, incluindo vacinação, e atendimentos realizados por profissionais de saúde na área de enfermagem, nutrição, psicologia, etc., consulta odontológica e consulta médica), tendo consumido 36% dos recursos ambulatoriais (R\$ 74.185.132,61), o que corresponde a um gasto *per capita* de R\$ 0,64/habitante/mês;

- 25% dos procedimentos ambulatoriais (12.052.759) são de média complexidade (radiodiagnóstico, outros exames de imagenologia, patologia clínica, estudos hemodinâmicos, outros exames especializados e outras terapias especializadas), representando 30% do valor pago (R\$5.177.090,79), correspondendo a um gasto *per capita* de R\$ 0.53/habitante/mês.

- 5,6% do procedimentos ambulatoriais (2.580.259) são de alta complexidade (exames de medicina nuclear, ultra-sonografia, diálise, radioterapia, quimioterapia, fisioterapia, órtese e prótese), representando 34% do gasto ambulatorial (R\$ 70.762.873,86), correspondendo a um gasto *per capita* de R\$ 0,61/habitante/mês. Dos gastos com procedimentos de alto custo, 0,38% (R\$ 22.439,78) foram destinados ao pagamento de procedimentos de neuro-radiologia.

Cabe ressaltar que parte dos gastos do SUS com procedimentos de alto custo é realizado por usuários vinculados à seguros privados de saúde, sem que haja ressarcimento do sistema, o que também ocorre com o tratamento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e uso medicamentos especiais, que não são cobertos pelos seguros privados.

Na área ambulatorial, cabe ainda ressaltar dois aspectos:

- os custos com procedimentos de diálise aumentaram 9,6% em 1996 com relação ao ano anterior. Este percentual de crescimento era esperado, considerando o crescimento da população nefropata. O custo dos pacientes renais crônicos inclui ainda a medicação especial, as internações, catéteres, fistulas;

- há uma carência de serviços na área da assistência oftalmológica, que a SSMA está tentando solucionar implantando um programa para organização de pólos de atendimento regionalizados e hierarquizados, incluindo os procedimentos de alta complexidade, visando garantir a total resolutividade do atendimento nesta área. Num primeiro momento, dezessete municípios foram escolhidos para aderir ao programa

3.5.2.2. Sistema Hospitalar

Em dezembro de 1996, dos 427 municípios do Rio Grande do Sul, 297 (62%) possuíam rede hospitalar cadastrada no SUS. No Estado, de um total de 419 hospitais existentes, 385 (92%) são integrantes da rede hospitalar do sistema.

Quanto aos leitos hospitalares, de um total de ^{34.185}33.970 leitos existentes, 31.187 (91%) estão em hospitais vinculados ao SUS, porém destes, apenas 78,5% (24.489 leitos) são colocados à disposição dos usuários do SUS. Ou seja, os leitos hospitalares não disponibilizados ao SUS somam, no Estado, ^{9.696}9.481 leitos, dos quais ^{2.783}2.798 de hospitais não cadastrados e 6.698 de hospitais cadastrados. Relativamente aos leitos de UTI, os hospitais cadastrados contam com 1.140 leitos.

A relação leito/habitante, considerando os 24.489 leitos hospitalares disponíveis no SUS e a estimativa de 9.679.124 habitantes, é de 2,53 leitos por mil habitantes, superior ao preconizado pela OMS, que é 2,32 leitos/1000 hab., não contando-se os leitos indisponíveis ao Sistema

Existe uma concentração de hospitais de grande porte e complexidade na Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA), visto que os 46 hospitais cadastrados na região (12% do total), oferecem 7.662 leitos hospitalares (31% do total) e 679 leitos de UTI (59% do total do Estado). A maior parte desta rede está localizada em Porto Alegre (36 hospitais), dos quais 27 (75%) são parceiros do SUS, sendo que dos 7.931 leitos existentes na capital, 5.781 são cadastrados no SUS (representando 73% da região e 23% do total do Estado), com 620 leitos de UTI (91% da região e 54% do Estado).

Considerando o tipo de prestador, dos 24.489 leitos disponíveis para o SUS no Estado, 11.961 são filantrópicos (49%), 5.804 universitários (24%), 5.368 são privados (22%) e 1356 são públicos (5,5%). Destes últimos, 26 leitos são federais (0,1% do total) referentes a Hospitais do Exército, 728 são estaduais (3% do total) e 602 são municipais (2,5% do total).

Nota Excluindo-se os leitos dos hospitais universitários, que podem ter diferentes naturezas jurídicas, a relação público/privado é de aproximadamente 1/13, ou seja, para cada leito público, existem 13 leitos privados contratados ou conveniados no sistema.

A maioria dos leitos hospitalares universitários estão localizados em Porto Alegre (4.174 ou 72% do total de leitos universitários). Também localizam-se na capital 295 (40,5%) dos leitos vinculados a hospitais próprios do Estado: 60 do Hospital Penitenciário, 130 do Hospital Psiquiátrico São Pedro e 105 do Hospital Sanatório Partenon.

Observa-se um aumento de 5,8% no número de leitos de UTI de 1995 para 1996, que passou de 1.074 para 1.140. De maneira geral, os leitos de UTI têm uma distribuição irregular no Estado. Seria de esperar uma proporção mínima de 5 leitos de cuidados intensivos para cada 100 leitos hospitalares. Esta proporção é superada na 1ª DRS, mas há regionais em que ela é bastante inferior ao mínimo. A 15ª DRS (sede em Palmeira das Missões) não dispõe de leitos para UTI, embora o SUS tenha 1.305 leitos hospitalares contratados na região.

Em 1996, o número de internações pagas pelo SUS foi de 818.210, distribuídas nas especialidades: básicas, de média e de alta complexidade.

Do total de internações, 270.407 foram pagas aos hospitais da RMPA e destas, 189.077 aos hospitais de Porto Alegre, correspondendo a um percentual de 33,04% e 23,10%, respectivamente, em relação ao total do Estado.

O custo médio destas internações foi de R\$ 319,37. Há diferenças regionais neste custo médio devido aos valores elevados dos procedimentos de maior complexidade, que se concentram nas regiões com melhores recursos na área da assistência hospitalar e nos municípios com hospitais universitários, que recebem um valor adicional de incentivo à pesquisa e ensino (FIDEPS) que varia de 25 a 75% do valor da AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Existem vinte (20) hospitais universitários e de ensino recebem este incentivo no Estado, cujos recursos fazem parte do teto financeiro repassado pela União.

O custo total das internações, em 1996, foi de R\$ 261.315.550,86. Destes, R\$ 139.482.977,03 corresponderam ao pagamento dos Hospitais Universitários e de Ensino, representando 53,47% dos gastos do SUS com assistência hospitalar no Estado.

Retirando-se o FIDEPS dos hospitais universitários, o custo das internações nos mesmos, em 1996, passaria de R\$ 139.482.977,03 para R\$ 89.422.376,91, com uma redução de R\$50.060.600,12, o que representa 19,16% do custo da totalidade das internações hospitalares. Nesta situação, o custo médio das internações hospitalares passaria para R\$ 258,19.

Rede Hospitalar Própria

A rede hospitalar própria do Estado conta com sete hospitais : Instituto de Cardiologia, Hospital Colônia Itapuã, Hospital Psiquiátrico São Pedro Hospital Sanatório Partenon, Hospital Cachoeirinha, Hospital de Alvorada, Hospital Alexandre Lisboa (Alegrete). Os dados referentes a capacidade instalada, desempenho e produção estão relacionados nas Tabelas 24, 25 e 26.

Hospital de Alvorada

O Hospital de Alvorada, de 60 leitos, situa-se no município de Alvorada um dos mais pobres da Grande Porto Alegre, possuindo, junto com Viamão, os piores indicadores de qualidade de vida da região.

O Hospital iniciou seu funcionamento em 1985, com serviço de Pronto Atendimento/Emergência nas áreas básicas, administrado em co-gestão entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente até 1987, quando foi firmado convênio entre a Prefeitura Municipal de Alvorada e Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, cabendo à última a administração e o custeio do sistema e à primeira a admissão dos servidores indicados pela SSMA. Nesta época acresceram-se às atividades do Hospital as internações nas áreas de Pediatria, Obstetrícia, Clínica Médica e Cirurgia Geral, serviços até hoje existentes. A partir de 1995 somaram-se aos serviços existentes os ambulatórios de Infectologia, Medicina Interna, Ginecologia, Pré-Natal, Citopatologia Cervical, Planejamento Familiar e Psicologia.

No período de 1995 e 1996 foram recuperados e adquiridos para o Hospital inúmeros equipamentos, bem como feitas obras de infra-estrutura essenciais ao funcionamento do mesmo.

Apesar dos esforços de recuperação realizados, o Hospital ainda tem dificuldades na área de insumos, em razão da lentidão dos fluxos de compra centralizada no Estado. Necessita, também, repor equipamentos que já ultrapassaram sua vida útil e cujos consertos são poucos efetivos. Tem o Hospital marcada dificuldade no que se refere a Recursos Humanos: 2/3 dos servidores não têm vínculo empregatício reconhecido nem há mecanismos para suprir a falta dos servidores que se exoneraram. O número de leitos do Hospital (60) é significativamente inferior ao necessário, em razão do porte do município (180.000 habitantes) e o seu aumento (mais de 30 leitos) contribuiria para melhorar a viabilidade econômica do Hospital e o atendimento às necessidades de população.

Há também necessidade de melhorar sua capacidade diagnóstica e terapêutica, com a aquisição de equipamentos para as áreas de urgência e emergência (UTI), materno-infantil e laboratório, bem como de capacitar-se ao atendimento de pacientes com AIDS, cuja prevalência de casos no Hospital vem aumentando.

Hospital de Cachoeirinha

O Hospital Padre Luis Geremias, de Cachoeirinha, com 43 leitos apesar de dificuldade nas áreas de insumos, equipamentos, recursos humanos e área física, conseguiu ampliar sua atuação devido à contratação em caráter emergencial, de pessoal pela Prefeitura Municipal. O Bloco Cirúrgico, foi melhor estruturado para atender a demanda da Obstetrícia, e implantados os programas de hipertensão, atenção à saúde mental, puericultura, ginecologia e pré-natal, e o atendimento às emergências clínicas e cirúrgicas, 24 horas.

O Hospital atende em torno de 20.000 procedimentos ambulatoriais/mês e 215 AIHs nos Serviços de Emergência, Clínica Geral, Pediatria e Gineco-Obstetrícia.

Mais de 40% dos pacientes atendidos na emergência são encaminhados para outros serviços de maior complexidade. Busca-se adequar a área física existente a uma nova realidade, bem como incrementar não só em número como em qualidade os recursos humanos e materiais, visando a qualificação dos serviços prestados para a população do município de Cachoeirinha, bem como atender às demandas do município de Gravataí que não conta com Hospital Público usando o Hospital de Cachoeirinha como sua referência natural por estar localizado em município vizinho.

Atualmente a demanda da área materno-infantil tem sido apenas parcialmente atendida no município, tendo sido crescente o número de encaminhamentos à Capital do Estado não só dos atendimentos de maior complexidade como os de parto normal, entre outros de solução a nível local. O mesmo ocorre nas áreas da pediatria e urgências clínicas. Não é intenção transformar o Hospital em serviço de grande complexidade e sim equipá-lo para atender as ocorrências ditas primárias que devem ter solução em um Hospital de Clínicas Básicas.

Por tratar-se do único hospital do município e por tratar-se de hospital público, a melhoria dos serviços, com maior possibilidade de diagnóstico e tratamento, possibilitará a fixação da clientela no próprio município de origem, podendo ainda ser orientada adequadamente a referência inter-municipal, possibilitando apenas a transferência de casos graves e de média complexidade a centros de maior resolutividade. Com novo redimensionamento do Hospital passando a ser serviço de referência e contra-referência para os postos de saúde da rede municipal e/ou inter-municipal nas áreas de clínica médica, emergência e materno-infantil, poderá ser implantada a rede de referência do sistema com as Unidades de Saúde como porta de entrada do SUS.

Hospital Colônia Itapuã

Este Hospital foi inaugurado em 1940 e está localizado no distrito de Itapuã, município de Viamão. Sua construção foi decorrência da rigorosa legislação em vigor na época, que impunha uma fortíssima segregação física e social dos cidadãos portadores de hanseníase.

A partir do abrandamento paulatino das medidas segregacionistas e tendo cessado a exigência de internamento compulsório dos portadores de hanseníase, adquiriu o HCI características nitidamente asilares.

Os pacientes hansenianos permanecem até hoje residindo na área do Hospital, quer em habitações individuais quer em pavilhões, estando nestes aqueles pacientes cujas circunstâncias pessoais tornam mais conveniente sua permanência em habitação coletiva. Alguns, quer pela gravidade das seqüelas que apresentam, pela ocorrência de outros males ou pela idade avançada, estão internados em enfermaria, recebendo atenção continuada. O número total de hansenianos no HCI atinge 85 pacientes.

A diminuição física da população de pacientes proporcionou a liberação de pavilhões. Em 1972 foram transferidos para o HCI pacientes exclusivamente masculinos, selecionados do Hospital Psiquiátrico São Pedro -HPSP e eventualmente do Instituto Psiquiátrico Forense, de origem rural e portadores de doença mental crônica.

Tais pacientes, hoje totalizando 128 cidadãos, apresentam, em sua maioria, esquizofrenia crônica e se encontram na terceira idade, e se mantêm internados por falta de apoio sócio-familiar e econômico.

A laborterapia, para aqueles pacientes com capacidade física para tal, vem sendo adotada como medida terapêutica, associada a atividades de lazer e recreação, com atendimento clínico, psiquiátrico e psicológico continuados.

O HCI não faz internação direta a partir da comunidade. Estão suspensas também as internações a partir do HPSP, que pelo tamanho reduzido da equipe de trabalho quer por decisão superior. Os recursos ora disponíveis são suficientes para um atendimento apenas satisfatório da população internada existente.

O HCI está inserido numa comunidade residente no entorno físico, e mantêm dois postos avançado em área mais distante. Proporciona atendimento

clínico, odontológico, ambulatorial, psicológico e psiquiátrico à população dos entornos do hospital e dos postos, na medida dos recursos disponíveis.

Mantém criação de gado leiteiro e suínos, além de produção hortícola, tudo para consumo próprio. É auto-suficiente na área florestal, com produção de lenha para as caldeiras.

Desenvolve, atualmente, um programa de integração e de prestação de outros serviços para a comunidade, como cursos de treinamento, preparação de mão-de-obra e facilidades ao exercício da cidadania.

Hospital Psiquiátrico São Pedro

Este hospital ocupa uma área de 16 ha, com 46.000 m² de área construída e presta atendimento ambulatorial e hospitalar a doentes agudos e asilares, mantendo 10 leitos para crianças, 90 para psicóticos agudos e 30 para dependentes químicos. Mantém ainda 800 pacientes em regime asilar. Há pronto atendimento e atenção em regime ambulatorial, laboratório, serviço de RX e atendimento odontológico, além do serviço de reabilitação profissional. O HPSP conta com 880 servidores.

O Instituto Dom Bosco, instituição pública subordinada à SSMA, é responsável pela atenção a deficientes graves, atualmente com 120 pacientes, estando subordinado administrativamente ao Hospital Psiquiátrico São Pedro (incluídos no total acima).

A área de formação e capacitação de recursos humanos em saúde mental oferece: Residência Médica em Psiquiatria (9R1, 9R2); Estágios de cursos de graduação, nível superior (30 al/mês), nível secundário (20 al/mês) e nível elementar (10 al/mês); Estágio de familiarização em saúde mental (15 estagiários/mês); Voluntariado (5 voluntários/mês). Mantém, ainda, cursos de capacitação para funcionários do hospital e da rede assistencial, nos diversos níveis.

A área física necessita de reformas urgentes; os equipamentos estão obsoletos; há falta crônica de insumos básicos.

Há uma demanda crescente com indicação para internação que fica sem a assistência necessária, uma vez que não foram implementadas, na proporção necessária, as medidas propostas pela Lei da Reforma Psiquiátrica.

A transformação e adequação do Hospital Psiquiátrico São Pedro à Reforma Psiquiátrica passa, obrigatoriamente, pela antecipada criação dos recursos alternativos previstos pela Lei de Reforma Psiquiátrica, como as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, visando o atendimento universal pelo SUS a toda a população.

Outrossim, deve ser assegurada a efetiva participação dos municípios e a implantação dos serviços de Saúde Mental nas cidades que não dispõem deste recurso assistencial, fixando o paciente à sua comunidade e deixando o Hospital Psiquiátrico São Pedro para aqueles casos de maior dificuldade de resolução dos problemas.

Deverá ser promovido um trabalho conjunto de aproximação com os municípios que têm enviado maior número de pacientes para internação no

Hospital Psiquiátrico São Pedro, auxiliando a implantação destes serviços e dos leitos psiquiátricos nos Hospitais Gerais.

O Hospital Psiquiátrico São Pedro é um marco para a psiquiatria no Rio Grande do Sul, que deve ser preservado no seu valor técnico e modernizado na sua estrutura e funcionamento. Proporcionar a sua legitimação como “Centro de Referência em Saúde Mental” para o Estado do RS significa avançar na caminhada pela Reforma Psiquiátrica.

Abrir as suas portas, o seu pátio, o seu prédio centenário para a comunidade, através de uma participação efetiva, é desmitificar a doença mental e acreditar no potencial de convivência do ser humano.

O resgate da cidadania dos seus moradores de décadas se faz na sua própria casa, facilitando sua autonomia diferenciada e assistida, sua reinserção comunitária e o seu retorno à segurança do lar de tantos anos.

O atendimento de crises, que necessitem o afastamento do convívio familiar através de uma internação hospitalar integral, ganha em qualidade de vida ao estar integrado a um complexo de convivência humanística e comunitária.

O acompanhamento de situações especiais, que necessitam horas de atenção diária, retornando a pessoa para sua família ou instituição no final do dia é uma alternativa para se evitar a ruptura dos vínculos, por vezes já tênues entre os portadores de problemas mentais e suas referências humanas e físicas.

A implantação de um grande serviço ambulatorial especializado em Saúde Mental e integrado a todos os recursos técnicos e comunitários disponíveis, com área de pronto atendimento permanente, e com capacidade de absorver a demanda de capacitação, treinamento e supervisão de recursos humanos especializados em Saúde Mental para todo o Rio Grande do Sul, além de ser uma necessidade atual na Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, é uma realidade facilmente atingida se apoiada por uma decisão político-administrativa.

O crescimento tecnológico e científico caminha junto com a formação de profissionais em nível de graduação e pós graduação. A integração mais efetiva, através de convênios de contrapartida, com Universidades ligadas à área de Saúde Mental implementaria o setor de ensino e pesquisa, onde atualmente insere-se a Residência Médica em Psiquiatria da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente.

Hospital Sanatório Partenon

O Hospital Sanatório Partenon foi construído em 1951, com recursos do Serviço Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde. Sua planta física proporcionava 350 leitos para pacientes tuberculosos e baseava-se num projeto arquitetônico econômico e padronizado para todo o Brasil, porém não adaptado para as condições climáticas do Sul.

Como conseqüência, a estrutura física sofreu um contínuo processo de deterioração provocado pela infiltração generalizada de umidade ao

longo dos anos, determinando o apodrecimento dos componentes de madeira, corrosão dos ferros e esfacelamento da alvenaria.

Com o acúmulo e a irreversibilidade destes problemas, restou a alternativa do fechamento de alas de internação e setores de apoio, pela inviabilidade econômica de recuperação da área física. Assim, desde 1976 foram interditadas 4 alas de internação e o bloco cirúrgico, com a redução de 240 leitos e a interrupção definitiva dos procedimentos cirúrgicos.

As cirurgias necessárias passaram a ser executadas no Hospital Universitário da PUC pelos próprios cirurgiões do Sanatório, com a cobertura do SUS, sendo esta prática mantida até os dias atuais.

A partir de 1977 foram elaborados os projetos para a recuperação da infra-estrutura técnica hospitalar básica, indispensável para a futura ampliação da área de internação. Nesse contexto, a partir de 1987 foi construída a nova central térmica de vapor, iniciada a recuperação dos esgotos e elaborados os projetos da cozinha e lavanderia.

No período de 1988 a 1994, além da conclusão dos esgotos foram inauguradas as novas cozinha e lavanderia, foi encaminhada a compra dos modernos equipamentos de radiologia e iniciada a execução das obras para a reforma da área de internação, representada pelo "bloco C" (ala sul e norte), com a previsão de recuperação de 240 leitos.

Em junho de 1995 foi inaugurada a ala sul do bloco C com capacidade para os primeiros 120 leitos. Para este espaço foi transferido todo o setor de internação do hospital, compreendendo, Triagem e Internação masculina, Triagem e Internação feminina e UTI. Porém, pela necessidade de organização administrativa destes vários setores independentes, foi necessária a transformação de algumas enfermarias em postos de enfermagem, serviços de apoio e consultórios. Consequentemente, houve uma redução temporária do número de leitos de 120 para 87, atualmente disponíveis no hospital.

Está em fase de elaboração do contrato, os trabalhos de adaptação dos projetos complementares da segunda parte do bloco C (ala norte). O projeto oferecerá mais 120 leitos que serão destinados aos pacientes tuberculosos, pacientes portadores de AIDS e pacientes de clínica médica procedentes do sistema de saúde comunitária do Centro de Saúde Murialdo. Com a inauguração desta segunda ala, serão aproveitados todos os 120 leitos da ala sul.

Foram concluídas, em 97, as obras de reforma do auditório e da área física do setor de radiologia, onde será instalado um novo e moderno aparelho de RX, que atenderá toda a demanda de exames radiológicos dos pacientes internados e ambulatoriais, incluindo tomografia linear.

Foram iniciadas, também, a reforma da área destinada à instalação do Laboratório Central de Patologia do Estado no Sanatório Partenon e a reforma da antiga Unidade de Internação Dermatológica, para transformar seus 400m² no Hospital Dia, que contará com 16 poltronas destinadas ao atendimento de pacientes portadores de AIDS, com previsão do início do atendimento em agosto/97.

Para os pacientes internados, todos portadores de graves problemas médicos e sociais que impedem o tratamento ambulatorial, foi criado desde 1977 o atendimento bio-psicossocial prestado por uma equipe constituída por Clínico, Psiquiatra, Enfermeiro, Assistente Social e Recreacionista, cuja principal tarefa é a de resolver o problema que motivou a internação do paciente,

recuperá-lo e devolvê-lo à comunidade para a continuidade do tratamento da tuberculose em nível ambulatorial. Este modelo de atendimento é mantido até hoje.

O prontuário médico é revisado integralmente após a alta do paciente. Criou-se rotinas, padronização das condutas médicas e de enfermagem. Foram estabelecidos critérios de baixa e alta hospitalar e o Sanatório engajou-se ao Programa Estadual de Controle da Tuberculose em 1977, restringindo as internações exclusivamente aos pacientes tuberculosos, procedentes de todo o Estado e com falências ou complicações do tratamento em nível ambulatorial.

Em 1996 foi organizado um banco de dados onde constam as informações médicas de todos os pacientes que internaram no hospital desde o ano de 1987. O banco permite a análise retrospectiva dos casos clínicos, com importantes informações ao Programa de Controle da Tuberculose e a elaboração de trabalhos científicos pelo corpo clínico.

No campo da pesquisa científica, destacam-se o levantamento dos graves parafeitos dermatológicos observados pelos pacientes internados que utilizaram o fármaco tioacetazona no período 1975-1977. O referido fármaco integrava o esquema padronizado nacionalmente para o tratamento da tuberculose, e a demonstração dos graves parafeitos dermatológicos serviu de subsídio técnico para a mudança do tratamento da tuberculose no país, com a adoção de um novo esquema de tratamento. Em 1983, a “embolização das artérias brônquicas”, método utilizado para conter a hemorragia (hemoptise) de pacientes tuberculosos encaminhados ao Sanatório Partenon, mereceu destaque internacional no “Year Book of Pulmonary Diseases de 1987”. Os resultados do tratamento de pacientes tuberculosos portadores de bacilos multirresistentes, foram publicados em revista especializada internacional (J.Pneumol 1995;21(5):225-231) e serviram de base à tese de doutorado em pneumologia do Curso de Pós Graduação da UFRGS, defendida por médico do corpo clínico do hospital.

A partir de março de 1995 foram tomadas medidas para a solução de problemas considerados prioritários:

- restabelecimento do Organograma Administrativo, com a nomeação da Direção Médica e a Direção Técnica, funções que eram acumuladas pela Direção Geral do Hospital,

- redução imediata do tempo médio de permanência hospitalar (TMP) de aproximadamente 112 dias. Para isto, exigiu-se o cumprimento dos critérios de internação e alta dos pacientes, criando os instrumentos de controle, tais como: discussão semanal dos casos clínicos com a equipe de atendimento biopsicossocial (rounds das alas de internação) e implantação da ficha de justificativa de permanência. A média do TMP foi reduzida para 61,4 dias em 1996,

- aumento do faturamento e do repasse dos recursos do SUS, com a criação do setor de Produção do hospital e capacitação dos seus integrantes.

As consultas ambulatoriais nas áreas de pediatria, pneumologia, cardiologia, neurologia, ginecologia, gastroenterologia, fisioterapia e nutrição são prestadas para funcionários do HSP e pacientes encaminhados pelos postos avançados do Centro de Saúde Murialdo. Nesses postos, os pacientes são atendidos por um médico geral comunitário e encaminhados ao ambulatório do Sanatório Partenon para a consulta especializada, dentro de um sistema de referência e contra-referência. Este sistema de atendimento integrado com o Centro de Saúde Murialdo iniciou no segundo semestre de 1996 e deverá ser ampliado e aprimorado. Dentro

dessa diretriz de trabalhar de forma integrada, foram unificados os dois laboratórios de análises clínicas, com a finalidade de racionalizar os recursos disponíveis nas duas instituições. Além disso, em 1997 foi criado o ambulatório de pequenos procedimentos cirúrgicos, atendido pelos cirurgiões do Sanatório Partenon, para o atendimento da comunidade.

Em maio de 1996, o Sanatório Partenon celebrou convênio com a Fundação Riograndense de Gastroenterologia (FUGAST), para a realização de endoscopias do aparelho digestivo, sendo uma das únicas alternativas para os pacientes de baixa renda conseguirem o procedimento ambulatorial pelo SUS, em Porto Alegre.

O hospital, mantém sua Agência Transfusional supervisionada pelo HEMORGS, para aplicação de sangue e derivados em pacientes internados. De forma integrada, mantém atendimento ambulatorial gastroenterológico para portadores de hepatites virais detectadas no processo de triagem de doadores e hemofílicos. O Serviço de Fisioterapia, além do atendimento em parceria com a Faculdade de Fisioterapia da ULBRA aos pacientes internados, assiste aos hemofílicos com hemartroses encaminhados pelo HEMORGS.

O Sanatório Partenon é centro de referência do Programa Nacional de Imunizações para a aplicação de soros e vacinas contra o tétano e raiva. A partir de junho/97, tornou-se também o Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), para todo o Estado.

Na área de ensino, o hospital é campo de estágio supervisionado para médicos residentes do Centro de Saúde Murialdo, na UTI.

Finalmente, em 1996, assinou o Termo de Adesão ao Programa de Qualidade em Administração Pública (PQAP) do Estado, com o propósito de adaptar-se às exigências de um moderno sistema administrativo, em que a figura central é a satisfação do cliente.

Instituto de Cardiologia

O Instituto de Cardiologia, administrado pela Fundação Universitária de Cardiologia, entidade privada sem fins lucrativos, mantém 200 leitos em operação e 11 consultórios.

É centro de referência nacional na área de Cardiologia, destacando-se na área de transplantes cardíacos, cirurgia em arritmias, procedimentos especializados como: cateterismo, cineangiografia, cinecoronariografia, ecocardiograma, eco-fetal e ergometria.

Há mais de vinte e cinco anos, o Setor de Cardiologia Pediátrica do IC - FUC é referência para o atendimento de crianças cardiopatas dos Estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, com unidade ambulatorial e hospitalar nas áreas de internação clínica e cirúrgica, intensivismo pré e pós-operatório, métodos diagnósticos não invasivos, hemodinâmica diagnóstica e terapêutica, unidade de transplante cardíaco pediátrico e unidade de cardiologia fetal. É a única UTI pediátrica cardiológica do estado, e a Unidade de Cardiologia Fetal é a única especializada na América Latina, com leitos para internação de gestantes com fetos

cardiopatas e sala para procedimentos invasivos pré-natais. Há, também, atendimento de sala de parto de pacientes com cardiopatia congênita diagnosticada intra-útero.

A prevalência de cardiopatias congênitas é de aproximadamente 0,8 a 1% dos nascidos vivos, dos quais aproximadamente metade necessita de cuidados intensivos/e ou cirurgia corretiva no período neonatal. Os demais, necessitarão de algum tipo de intervenção durante a infância. Estima-se que 600 crianças/ano necessitam de atendimento no período neonatal. A aquisição de equipamentos médico-hospitalares permitirá a ampliação do número de pacientes atendidos de qualidade do serviço prestado pela UTI - Pediátrica do IC - FUC.

Hospital Alexandre Lisboa

O Hospital Alexandre Lisboa, com 30 leitos, localizado em Alegrete (10ª DRS), é referência regional para tratamento de pacientes portadores de Tuberculose na região da fronteira oeste do Estado.

Hospital Geral de Caxias

O Hospital Geral de Caxias, construído pelo Governo do Estado no município de Caxias do Sul, tem por objetivo oferecer cobertura hospitalar à região nordeste do Estado. O mesmo está em fase de equipamento de suas instalações.

Beneficiará uma população estimada em 840 mil habitantes, abrangendo 43 municípios de jurisdição da 5ª Delegacia Regional de Saúde e contando com 240 leitos, em 12.887,99 m² de área construída.

Localizado na BR-116, junto ao acesso à Universidade de Caxias do Sul, contará com serviços de emergência, ambulatório, bloco cirúrgico, obstetrícia, internação obstétrica, pediátrica e geral. Servirá também como campo de estágio aos estudantes da Universidade de Caxias do Sul e será administrado por esta Universidade.

3.5.2.3. Sistema de Alto Custo e Alta Complexidade

Os procedimentos de alto custo e alta complexidade representam um gasto de 22% do total do teto financeiro repassado pela União para a SSMA, sendo 12,3% na área ambulatorial e 9,7% na área hospitalar.

Os procedimentos hospitalares de alto custo/alta complexidade, são divididos em cinco grandes áreas: 1) Cardiologia., incluindo cirurgia cardíaca, implante de marca passo e plastia com balão; 2) Epilepsia, incluindo investigação diagnóstica e tratamento cirúrgico; 3) Malformações de Lápio Palatais; 3) Oncologia, incluindo tratamento clínico, cirúrgico, radioterapia cirúrgica e

quimioterapia; 4) Transplantes (de rim, de fígado, de medula óssea e de pulmão) e 5) Traumatismo-Ortopedia.

O acompanhamento e controle geral deste sistema é feito através do SIH/SUS, embora cada uma das cinco áreas tenha sistemas específicos de informação. As análises a seguir estão baseadas nos relatórios das AIH's (Quadro 10)

Em 1996, foram realizadas ^{21.301} 21.175 internações nas áreas de alto custo/alta complexidade, com um gasto total de R\$ 44.526.324,26 e um custo médio de R\$ ^{45.621.375,12} 2.102,78 por procedimento. ^{2.141,75}

Os procedimentos mais frequentes são na área de Oncologia, com 71% das internações de alto custo/complexidade (~~14.985~~ 15.128 procedimentos), seguida da área de Cardiologia, com 22% das internações (4.668 4.667 procedimentos). Entretanto, em termos de gastos, a ordem é inversa: os procedimentos na área de Cardiologia consomem 50% dos recursos, e os de Oncologia, que ocupam o segundo lugar em termo de gastos, consomem ^{32,7%} 33% dos recursos. ^{32,7%}

Os procedimentos de maior custo médio estão na área dos Transplantes (R\$ ~~9.651,49~~ 9.013,89), seguido da área de Epilepsia (R\$ 8.511,55). O alto custo unitário das AIH's nestas duas áreas provavelmente está associado à média de permanência de hospitalização nestas duas áreas, respectivamente 17,78 dias nos Transplantes e 17,71 dias na área de Epilepsia. Considerando os procedimentos individualmente, os de maior custo médio são a investigação diagnóstica, o tratamento cirúrgico da epilepsia, os implantes de próteses valvulares, a cirurgia coronariana extracorpórea, as órteses e próteses ortopédicas e a coronarioplastia. ^{16,08}

A seguir, apresentamos a análise de cada uma das cinco áreas do sistema de alto custo e alta complexidade.

Alto Custo/Complexidade na área de Cardiologia

Como vimos anteriormente, a área de cardiologia apresenta o maior valor total (R\$ ~~22.791.562,63~~ 22.785.260), correspondendo a 50% dos gastos com internação em alta complexidade/alto custo (R\$ 44.526.324,26), ocupando em segundo lugar em termos de frequência de internações, com um total de 4.668 4.667 AIH's, equivalendo a 22% das internações de alta complexidade (21.175).

Analisando o conjunto de procedimentos da área, temos o seguinte:

- os procedimentos de maior frequência foram as coronarioplastias, com 1.170 internações, a um custo médio de R\$ 3.001,75;
- os procedimentos de maior custo médio são a correção de cardiopatia congênita (R\$ 7.828,71) e implante de próteses valvular (R\$ 6.942,61).
- os procedimentos com índices mais altos de mortalidade foram a anastomose sistêmico pulmonar, com 23% de óbitos, e a pericardectomia, com 14% de óbitos.

Uma parte destes procedimentos refere-se a estudos hemodinâmicos (EH). Portaria do Ministério da Saúde estabelece que a percentagem de EH normais deve ficar abaixo de 20%, evidenciando uma boa

indicação para o exame com base em dados clínicos. No Estado, a percentagem foi de 17%, com ampla variação, de 7,52 a 22,9%. Em pacientes hospitalizados, a proporção de exames normais (13,54%) é menor do que a encontrada em pacientes ambulatoriais (18,80%). Esta diferença sugere que os critérios para a indicação do exame em pacientes hospitalizados é mais rigoroso. Já a percentagem de cirurgias cardíacas em relação ao número de EH mantém-se dentro do estabelecido pela Portaria, que é de 30 cirurgias em cada 100 EH. Dos pacientes hospitalizados por insuficiência coronariana aproximadamente 12% são operados.

O credenciamento de serviços para procedimentos de alto custo/complexidade na área de Cardiologia segue as normas do gestor federal. Na capital há cinco hospitais credenciados (responsáveis por 70% dos procedimentos) e no interior há outros três: em Caxias do Sul, Passo Fundo e Pelotas. Esta oferta se explica pelo fato de serem as doenças cardiovasculares a maior causa de mortalidade no Estado.

Alto Custo/Complexidade na área de Epilepsia

A epilepsia, aparece como o segundo maior custo médio dentro dos procedimentos de alta complexidade (R\$ 8.511,55), devendo ser salientado a ausência de mortalidade. Em relação ao tratamento cirúrgico da epilepsia, é preciso ponderar que o tratamento cirúrgico de pacientes epiléticos é técnica consagrada, com 53% de cura e mortalidade inferior a 0,5%. Faz-se necessário, no entanto, estabelecer um sistema de referência de pacientes, com adequada indicação de cirurgia.

Alto Custo/Complexidade na área de Transplantes

A área dos Transplantes ^{Retransplantes e Intercorrelações} é responsável por ^{2,10%} das internações ^{2,31%} da alto custo, correspondendo a ^{9,64%} dos gastos. Entretanto, nesta área estão os ^{9,7%} procedimentos com maior custo médio (R\$ ^{R\$ 9.013,69} 9.651,49), destacando-se, como de maior custo, o transplante hepático (R\$ 41.519,51), transplante de medula óssea (R\$ 35.588,16) e transplante de pulmão (R\$ 29.656,68). A mortalidade hospitalar nos transplantes está assim distribuída: transplante de pulmão com 83,33% de óbitos, transplante cardíaco com 40,00% e transplante de fígado com 13,64%.

O transplante de córnea e a retirada de órgãos não são considerados procedimentos de alta complexidade.

Alto Custo/Complexidade na área de Oncologia

A oncologia apresenta o segundo maior valor total (R\$ ^{14.620.699,14} 14.620.699,14) correspondendo a ^{32,83%} dos gastos com internações em alta ^{14.733.242,22} complexidade (R\$ ^{R\$ 44.526.324,26} 44.526.324,26), para um total elevado de internações (14.985), ^{R\$ 45.621.375,12} equivalente a ^{70,76%} do total de ^{21.301} 21.175 internações. ^{15.128}

A maior incidência na oncologia se encontra nos tumores do aparelho ^{genital feminino} malignos de pulmão (1.099 internações), com mortalidade ^{3,13%} 23,11%, sendo seguido ^{18,06%} pelas leucemia (620 internações) que apresentam mortalidade ^{14,84%} 14,84%. ^{do trato gastrointestinal (2.924 internações) que apresentam 17,19% de óbitos.}

Alto Custo/Complexidade na área de Traumatologia-Ortopedia

Na área de Traumatologia-Ortopedia, as artroplastias coxo-femorais com prótese não cimentada representam ~~73,08%~~ das internações e ~~82,61%~~ do custo. ^{52,65%} e ^{56,1%}. Este procedimento é o mais freqüente, tendo também o maior custo médio nesta área, sendo o único que apresenta índice de mortalidade.

Considerações finais sobre os sistemas assistenciais

A realidade detectada pela análise dos sistemas assistenciais no Rio Grande do Sul, permitiu que a SSMA, juntamente com os gestores municipais, representados na Comissão Intergestores Bipartite, após estudos técnicos, priorizasse áreas carentes de recursos para que pudessem receber investimentos em equipamentos e obras para melhorar o atendimento, desconcentrando-o de Porto Alegre, especialmente no que se refere a leitos de UTI, atendimento de traumatologia-ortopedia, materno-infantil e urgência/emergência. Foram privilegiadas a região metropolitana, a fronteira oeste e o litoral, com investimentos na ordem de R\$ 20.000.000,00, visando superar a carência assistencial nessas regiões.

A par dessas iniciativas, várias outras estão sendo tomadas pela SSMA, como a programação pactuada e integrada, a cooperação técnica e financeira às redes regionalizadas de assistência à saúde, a constituição dos consórcios intermunicipais e a instituição de uma rede de referência regional, os programas ligados à assistência complementar, o controle da infecção hospitalar e o estudo do sistema de informações ambulatoriais para conhecer a realidade da morbidade são estratégias para melhorar e otimizar a assistência à população.

Com respeito a este último aspecto, o estudo da morbidade ambulatorial visa suprir a ausência de informações nesta área, visto que não está informatizada a base de informações dos atendimentos ambulatoriais - a Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) do SIA/SUS. Neste sentido, deverá ser desenvolvido um projeto de estudo por amostragem, onde serão informatizadas as fichas de trinta e cinco (35) municípios, até dezembro de 1999, incluindo as seguintes variáveis: sexo, idade, tipo de consulta e CID.

(Arq. AMBHOSP.DOC)

Quadro 8 - Produção Ambulatorial paga - SIA / SUS por item de programação - janeiro a dezembro/96

A - Atenção básica					
Item de Programação	TOTAL		MÉDIA MENSAL		%
	físico	valor pago	físico	valor pago	
1 - A.V.E.I.A.N.M.	11.108.272	8.991.629,23	925.689	749.302,44	
2 - Atendimento Médico (Cons.)	16.653.873	41.336.641,63	1.387.823	3.444.720,14	
3 - Atendimento Médico (Proc.)	1.620.903	18.375.074,02	135.075	1.531.256,17	
5 - Atendimento Odontológico (Proc.)	3.885.390	5.481.787,73	323.782 323.783	456.815,64	
Total	33.268.438	74.185.132,61	2.772.369	6.182.094,39	36%
B - Atenção de Média Complexidade (Especializada)					
Item de Programação	TOTAL		MÉDIA MENSAL		%
	físico	valor pago	físico	valor pago	
6 - Radiodiagnóstico	1.432.569	10.899.715,09	119.381	908.309,59	
9 - Outros Exames de Imagenologia	31.443	2.522.505,34	2.620	210.208,78	
10 - Patologia Clínica	8.853.806	25.291.968,76	737.817	2.107.664,06	
11 - Estudos Hemodinâmicos	5.847	2.199.732,88	487	183.311,07	
12 - Outros Exames Especializados	1.014.996	3.382.873,58	84.583	281.906,13	
17 - Outras Terapias Especializadas	714.098	17.828.293,83	59.508	1.485.691,15	
Total	12.052.759	62.125.089,48	1.004.396	5.177.090,78	30%
C - Atenção de Alta Complexidade/Alto Custo					
Item de Programação	TOTAL		MÉDIA MENSAL		%
	físico	valor pago	físico	valor pago	
7 - Medicina Nuclear	181.367	3.228.148,72	15.114	269.012,39	
8 - Ultra-sonografia	92.056	623.928,72	7.671	51.994,06	
13 - Diálise	397.006	29.658.517,55	33.084	2.471.543,13	
14 - Radioterapia	263.421	3.620.083,94	21.952	301.673,66	
15 - Quimioterapia	43.242	14.384.987,47	3.604	1.198.748,96	
16 - Fisioterapia	1.657.629	3.183.727,40	138.136	265.310,62	
18 - Prótese e Órtese	45.538	16.063.480,06	3.795	1.338.623,34	
Total	2.680.259	70.762.873,86	223.356	5.896.906,16	34%
Total do Estado					
Total da Produção Paga:	TOTAL		MÉDIA MENSAL		
	Físico	Valor Pago	Físico	Valor Pago	
	48.001.456	207.073.095,95	4.000.121	17.256.091,33	
	47.935.718		3.996.326		
TOTAL DOS CUSTOS AMBULATORIAIS EM 1996:					
Total da Produção Ambulatorial Paga:		207.073.095,95			
Total Pago em GAP's (Medic. Especiais):		9.142.967,60			
Total dos Custos com Assistência Ambulatorial:		216.216.063,55			
Média Mensal:		18.018.005,30			

Quadro 9 - Produção Hospitalar paga por natureza - Rio Grande do Sul - 1996

Natureza	Nº Hospitais SUS	Nº de Leitos	AIH	Valor Total	% Custos	Custo Médio AIH
Privado (20)	133	5.368	166.586	34.976.594,81	13,4%	209,96
Federal (30) (*)	2	26				
Estadual (40)	7	728	7.378	1.396.822,66	0,5%	189,32
Municipal (50)	16	602	18.093	3.552.279,90	1,4%	196,33
Filantropico (60)	207	11.961	409.056	81.906.876,46	31,3%	200,23
Universitário (90)	20	5.804	217.097	139.482.977,03	53,4%	642,46
Total	385	24.489	651.624	226.338.956,05	100%	319,37

Fonte: Arquivo RDRS/96 - DATASUS/RJ

818.210

OBS.: Estes hospitais ainda constam no cadastro de 1996, porém não apresentam faturamento neste período. Serão excluídos do cadastro em 1997.

Tabela 23 - Comparativo Total AIH's com AIH's de Hospitais Universitários

Descriminativo	RS	%
Total de AIH's	818.210,00	100
AIH's Hosp. Univ.	217.097,00	26,53
Valor total AIH's	216.315.550,86	100
Valor AIH's H. Univ.	139.482.977,03	53,47

Fonte: DAHA - SSMA

Tabela 24 - Capacidade instalada e produção dos hospitais próprios, SSMA, RS, 1996.

Especificação	H. A. LIS.	H. ALV.	H. CACH.	HCI	HPSP	HSP	INST. CARD.	TOT
Leitos	30	60	47	290	130	87	212	856
Internações	51	3.387	1.813	15	1.616	635	6.018	12.617
Cirurgias	****	299	329	56	****	0	2.352	2.787
Atend. ambulat.	****	99.829	104.872	6.735	176.834	27.727	98.437	473.191
Atend. odontológ.	****	****	1.005	465	1.442	352	****	3.033
Patol. clínica (exam.)	387	50.576	26.112	5.738	11.973	18.296	237.451	313.534
Radiologia (exames)	40	13.585	6.804	****	999	1.210	30.512	49.082

Fonte: ASSTEPLAN - SSMA

Legenda:

H. A.LIS: Hospital Alexandre Lisboa (Alegrete)

H.ALV.: Hospital de Alvorada

H.CAC.: Hospital de Cachoeirinha

HCI: Hospital Colônia Itapoã

HPSP: Hospital Psiquiátrico São Pedro

HSP: Hospital Sanatório Partenon

INST.CARD.: Instituto de Cardiologia

Tabela 25 - Desempenho dos hospitais próprios, SSMA quanto a indicadores selecionados, RS, 1996

Especificação	H. A. LIS.	H. ALV.	H. CACH.	HPSP	HSP	INST. CARD.
Taxa de ocupação**	68,27	64,98	46,00	81,00	79,90	73,27
Taxa de reinternação**	17,6	*	23	61	*	266
TMP*** (dias)	635	3,7	4	23	33	8,08
Taxa transferência**	*	*	2	*	2,40	*
Taxa de mortalidade**		3,2	1	0,08	9,80	5
Taxa utilização UTI**	****	*	*	*	31,20	85,38

Fonte: Departamento de Coordenação dos Hospitais e Hemocentros - SSMA

* Dado não disponível. ** Percentual (%);

*** TMP: Tempo médio de permanência;

**** Serviço inexistente ou procedimento não realizado;

Tabela 26 - Produção financeira dos hospitais próprios, SSMA, RS, (jan-jun) 1996

Hospital	Nº AIHs	Valor total AIH	Valor médio mensal faturado	Valor Médio AIH
Alexandre Lisboa	54	6.562,51	1.093,75	121,52
Alvorada	1.316	183.063,87	30.510,64	139,10
Cachoeirinha	586	82.358,85	13.726,47	140,54
Cardiologia	1.887	5.149.474,02	858.245,67	2.728,93
Psiquiátrico São Pedro	1.179	261.611,80	43.601,96	221,89
Sanatório Partenon	381	114.708,78	19.118,13	301,07
Total	5.403	5.797.779,83	--	--

Fonte: DAHA - SSMA

Quadro 10 - Demonstrativo de Alta Complexidade Rio Grande do Sul - 1996

Tipo	Quant. AIH	Valor Total	% Mort.	Média Perm.
Cardiologia	4.667 4.668	22.785.360,45 22.791.562,63	4,91 4,89	9,13
Epilepsia	109	927.758,73	0,00	17,71
Lábio/Palatais	329 17	12.664,48 65.687,69	0,00	2,02 1,06
Oncologia	15.128 14.985	14.733.248,72 14.620.699,14	12,14 12,25	11,51 11,56
Trans/Retransp.	445 493	4.445.751,42 4.294.911,15	4,72 4,00	17,78 16,08
Traumato-ortop.	639 887	2.718.751,22 1.826.704,92	0,47 0,34	10,34 9,47
Total	21.301 21.176	45.621.375,12 44.626.324,26	9,88 10,03	11,80 11,03

Fonte: DAHA - SSMA

3.5.2.4. Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública

A Lei nº 8.080, de 19/09/90, em seu artigo 16º, determina o Sistema de Laboratórios de Saúde Pública como um dos sistemas de base do Sistema Único de Saúde (SUS), preservando a sua independência em relação aos Sistemas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, sendo uma necessidade técnica, legal e ética.

A mesma Lei Orgânica de Saúde, em seu artigo 17º, inciso X, prevê a competência da direção estadual do SUS de coordenar a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública e Hemocentros.

A SSMA possui um Laboratório Central (LACEN) e uma Rede de Laboratórios com a finalidade de apoiar a Vigilância Epidemiológica e Sanitária e aos Programas de Saúde, integrada à estrutura da FEPPS, com atividades voltadas predominantemente às doenças infecciosas com maior prevalência no Estado.

O LACEN, tem por finalidade coordenar e supervisionar a Rede Estadual de Laboratórios e deve executar análises de materiais clínicos e de produtos de interesse sanitário, atuando como referência a todo o Estado, recebendo materiais dos municípios e DRS's, executando treinamento de pessoal e pesquisa nas áreas de diagnóstico, identificação de agentes etiológicos e de contribuição a levantamentos epidemiológicos.

Cabe ao LACEN, como integrante da Rede Nacional de Laboratórios de Controle da Qualidade em Saúde a função, dentro do Estado, de regulação e controle sanitário predominantemente associada às atividades de fiscalização dos bens, insumos, produtos e serviços vinculados à saúde, dando desta forma suporte técnico-científico ao SUS para a prevenção de riscos provocados pelo impacto da qualidade sobre a saúde dos usuários e consumidores.

Os princípios da descentralização, hierarquização e regionalização são plenamente caracterizados no sistema laboratorial, onde seguem a lógica da complexidade tecnológica. Nesse sentido, é claro o papel do Laboratório Central no SUS, amplamente discutido em fóruns de discussão do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, de reforçar o papel de referência e de centro de pesquisa aplicada, delegando aos regionais a execução de atividades de média complexidade que, entretanto, dão ampla cobertura aos programas de saúde.

Para tanto, é preciso implementar a Rede como um todo, LACEN e Laboratórios Regionais, sendo previsto para o ano de 1997, através do REFORSUS, o reinício da obra do prédio do LACEN, contígua à área industrial da FEPPS.

Importante salientar a necessidade de alocar e investir na capacitação específica de recursos humanos no LACEN, a fim de propiciar adequado atendimento às demandas crescentes, inclusive, sua diversificação para novos agravos e atendimento às necessidades de fiscalização sanitária de produtos, com o advento do Mercosul.

Além disso, o investimento em equipamentos e insumos de qualidade deve ser uma diretriz para propiciar acompanhamento e atualização das tecnologias de análises laboratoriais de modo a capacitar os laboratórios da Rede e especialmente o

LACEN a responder adequadamente a recursos de contra-provas, por exemplo, de demandas do Sistema de Vigilância Sanitária.

A implementação dos Laboratórios Regionais é fundamental e poderá ser efetuada através de parcerias com os municípios-sede das Delegacias Regionais de Saúde.

Com relação às parcerias, compete ao LACEN descentralizar aos laboratórios regionais o apoio aos programas estaduais nas áreas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária bem como, estimular e orientar o estabelecimento de laboratórios públicos municipais para o atendimento de procedimentos laboratoriais básicos de patologia clínica e efetuar treinamentos e assessorias.

O conhecimento e acompanhamento dessa Rede, que se estende ao município, é imprescindível para situações de interesse do Sistema de Vigilância. Nessa razão, o Sistema de Laboratórios de Saúde Pública deve estar apto a acionar laboratórios de outras instituições, na medida da necessidade do Sistema de Vigilância, visando dispor de todo o espectro de oferta tecnológica no Estado, especialmente laboratórios de análises de produtos como alimentos, medicamentos, cosméticos, embalagens e outros sob vigilância sanitária. Estas relações devem ser devidamente regulamentadas em dispositivo legal apropriado.

Para que sejam atendidas as necessidades na área de apoio laboratorial dos programas de saúde, é necessário a implantação de técnicas especiais para a detecção de contaminantes inorgânicos, resíduos de organoclorados e fosforados e para o controle fiscal de medicamentos, de análises físico-químicas de água e de cultivo celular; a revisão da dotação orçamentária, da tabela do SIA/SUS e o financiamento das ações laboratoriais para área de Vigilância Sanitária prevista na Norma Operacional Básica - NOB/96 e ainda não contemplada.

(arq. LABSP.DOC)

3.5.3 RECURSOS FINANCEIROS

3.5.3.1. Aspectos Gerais do Financiamento no SUS

A Constituição Federal de 1988 coloca a Saúde como parte integrante da Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social (Art. 194). O financiamento da Seguridade Social deverá ser feito “por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das (...) contribuições sociais”. A diversidade da base de financiamento é um dos objetivos da Seguridade Social (Art. 195).

Embora o financiamento da Saúde seja de responsabilidade das três esferas do governo, nem a Constituição nem as leis complementares estabelecem concretamente o grau de responsabilidade de cada esfera, expresso em percentuais orçamentários.

Até 1992, as contribuições sobre a folha salarial, o faturamento e o lucro líquido integravam o orçamento do Ministério da Saúde, somadas a um aporte significativo de recursos oriundos de fontes fiscais, que eram destinados praticamente à cobertura de despesas com Pessoal e Encargos Sociais. A partir de 1993, os recursos da Fonte 154 (Contribuição sobre a Folha de Salário), que constituíam a maior parte dos recursos, deixaram de ser repassados ao Ministério da Saúde.

A redução do aporte de recursos oriundos do orçamento da Seguridade Social levaram o Ministério da Saúde a gestionar a suplementação com novas fontes, tendo sido encaminhada ao Congresso Nacional, por iniciativa do Poder Executivo, a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que conforme o próprio nome indica, é uma solução provisória, até a decisão final sobre a Reforma Fiscal.

A Lei Federal Nº 8142/90 prevê que os recursos alocados no Fundo Nacional de Saúde para a “cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal” sejam “repassados de forma regular e automática” pelo Ministério da Saúde para estas esferas de governo, conforme os critérios previstos no Art. 35, da Lei Nº 8080/90 (Art. 2º, inciso IV e Art. 3º).

Este artigo determina que os valores a serem transferidos pela União aos Estados e Municípios, para financiamento do SUS, devem ser distribuídos segundo os seguintes critérios :

- metade dos recursos “será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio” (Art. 35, § 1º). Ou seja, metade dos recursos é calculada pelo critério populacional;

- a outra metade é calculada segundo análise técnica de programas e projetos, utilizando uma combinação de sete critérios, referentes às características demográficas e epidemiológicas da população, às características quantitativas da rede de saúde, incluindo desempenho técnico, econômico e financeiro, e a participação das demais esferas de governo no financiamento do sistema.

Para que os sete critérios pudessem ser aplicados, deveria haver uma regulamentação suplementar que ainda não ocorreu, após seis anos de vigência da Lei Orgânica da Saúde. A Lei 8142/90 preconiza que, enquanto não houver esta regulamentação, os recursos para a cobertura das ações e serviços de saúde sejam repassados exclusivamente pelo critério populacional, destinando-se pelo menos 70% aos Municípios e o restante aos Estados (Art. 3º, § 1º).

Esta lei prevê, ainda, que os recursos transferidos pela União para a cobertura das ações a serviços de saúde podem ser remanejados entre os municípios, através do estabelecimento de consórcios para a execução das ações e serviços de saúde (Art. 3º, § 3º).

Para receber estes recursos, a Lei 8142/90 estabelece, no Art. 4º, que os Municípios e os Estados deverão contar com :

- I - Fundo de Saúde;
- II - Conselho de Saúde;
- III - Plano de Saúde;
- IV - Relatórios de Gestão, anuais, que permitam ao Sistema Nacional de Auditoria verificar a conformidade da aplicação dos recursos transferidos pela União com a programação aprovada;
- V - Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e
- VI - instituição da Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), com prazo de dois anos para sua implantação.

A mesma lei define, no art. 5º, que o Ministério da Saúde está "autorizado a estabelecer condições" para sua aplicação, através de Portaria Ministerial. O Ministério da Saúde vem fazendo isso desde 1991, através da edição de "Normas Operacionais Básicas" do SUS (NOB's), que regulamentam diversos aspectos do funcionamento do sistema, além da questão do financiamento.

Em relação à transferência de recursos da União para custeio das ações e serviços de saúde, as sucessivas NOB's vem caracterizando-se por dois aspectos :

- o estabelecimento de requisitos complementares, além dos seis requisitos mencionados na Lei 8142/90, para que Estados e Municípios recebam os recursos da União;
- a partição do conjunto destes recursos em um número cada vez maior de frações, com composições de repasse diferenciados conforme as diferentes condições de gestão de Estados e Municípios.

Na NOB-SUS 01/96, os requisitos complementares referem-se basicamente a dois aspectos :

- comprovação de capacidade técnica e administrativa, bem como de condições materiais para que Estados e Municípios possam exercer suas responsabilidades e prerrogativas, incluindo o desenvolvimento de ações assistenciais, de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica;

- comprovação de existência de uma estrutura mínima para compor o nível municipal do Sistema Nacional de Auditoria, que inclui as atividades de Controle e Avaliação.

O fracionamento dos recursos de custeio em “partes” com diferentes denominações, condicionadas cada uma ao cumprimento de requisitos específicos, tem sido questionado por ser um mecanismo de transferência de recursos paralelo à aplicação do Art. 35, da Lei 8080/90. Além disto, o direito de receber cada uma destas frações é considerado uma “prerrogativa” dos Estados e Municípios, quando o repasse do montante total dos recursos pelo critério populacional, até a regulamentação do Art. 35, deveria ser entendido como uma obrigação da União.

O custeio das ações e serviços de saúde na NOB-SUS 01/96

Refletindo a prática do extinto INAMPS, as NOB's anteriores limitavam-se a tratar dos recursos destinados à cobertura das ações e serviços assistenciais (ou curativos). Estes recursos eram divididos em dois grandes blocos, aos quais correspondem dois grandes bancos de dados informatizados: os recursos para custear as ações e serviços ambulatoriais, cujo pagamento se fazia através do sistema SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais) e os recursos para custear as ações e serviços hospitalares, cujo pagamento era feito através do SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares).

O cálculo do volume de recursos correspondentes aos Estados e a cada um dos municípios que se enquadrassem nas condições de gestão das NOB's vinha sendo pelo volume médio de pagamentos efetuados pelo Ministério da Saúde, ao conjunto de prestadores de serviço no respectivo Estado ou Município. Este valor médio servia como base para definição do teto financeiro ambulatorial e hospitalar, cujo valor final era estabelecido em negociações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no caso do teto dos Estados, e na Comissão Intergestores (CIB), no caso do teto dos Municípios.

Além dos recursos regulamentados através das NOB's, o Ministério da Saúde continuava repassando recursos para custeio das ações e serviços de saúde nas áreas de vigilância epidemiológica e sanitária, porém através de convênios específicos. Da mesma forma, em relação aos recursos de investimento, cujo repasse está condicionado, pela Lei 8141/90, ao que está previsto no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde (Art. 2º, inciso III).

A NOB-SUS/96 apresenta novidades quanto ao financiamento das ações e serviços de saúde por parte da União, porém, até a presente data, não foi implementada:

- expande o âmbito de sua normatização das ações e serviços de caráter assistencial para as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;

- fraciona os recursos financeiros conforme o nível de complexidade das ações e serviços de saúde;

- terceiro, que através do financiamento busca induzir um modelo que privilegia a atenção básica, tanto porque substitui o financiamento por serviços produzidos para o financiamento *per capita*, permitindo maior autonomia do município no uso destes recursos, quanto porque institui um aporte suplementar de recursos através de ações programáticas de atenção básica (Programa de Saúde da Família e Programa dos Agentes Comunitários de Saúde).

(arq. FINANCI.DOC)

3.5.3.2. Recursos transferidos pela União

Convênios

O Ministério da Saúde e o Estado, através da SSMA tem celebrado Convênios com vistas à implementação do SUS, sendo os recursos depositados no Fundo Estadual de Saúde.

Os convênios mais expressivos, em termos de recursos financeiros estão relacionados a seguir :

- Convênio nº 074/95 - HMIPV/SSMA/MS - Tem por objeto específico a integração da Unidade Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, de Porto Alegre à rede assistencial do Estado do RGS; em regime de Co - Gestão com a SSMA, visando fortalecer o Sistema Único de Saúde.
- Convênio nº 022/95 - FNS/FES/SSMA/UNID. ASSIST. - Tem por objeto específico a readequação e reforma de instalações e reequipamento da rede de unidades assistenciais e nível central visando a fortalecer a capacidade técnico - operacional e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde - SUS.
- Convênio nº 309/95 - FES/SSMA/REAP.SERV. - Tem por objeto específico o fortalecimento da infra-estrutura dos serviços de saúde do Estado do RGS, visando a sua integração ao Sistema Único de Saúde - SUS.
- Convênio nº 126/93 - FES/DST/AIDS/BIRD - Tem por objeto específico contribuir para a redução da morbi-mortalidade pelo vírus HIV e por outros agentes causadores de doenças sexualmente transmissíveis.
- Convênio nº 183/95 - FES/MS/SSMA/CÂMARAS FRIAS - Tem por objeto específico a reforma e ampliação da área física em que estão localizadas as câmaras frias que armazenam os imunobiológicos do Estado.
- Convênio nº 030/96 - FNS/FES/SSMA/MULTIVACINAÇÃO - Tem por objeto específico o desenvolvimento das ações de imunização no Estado do RGS.

Outros convênios firmados em 95/96 com aporte menos expressivo de recursos, têm por objeto: tratamento fora do domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais; facilitar o acesso da população atendida à testagem anônima e gratuita para o HIV; implementação das ações de controle da doença de Chagas no RS; fortalecer a infra-estrutura dos serviços de sangue e hemoderivados, visando a sua integração ao SUS; melhorar quantitativa e qualitativamente a oferta de testes anti - HIV na região de Santa Maria; prosseguir com oferta otimizada de testes anti - HIV com aconselhamento pré e pós teste.

Projeto: Reforço à Reorganização do SUS - REFORSUS

O projeto Reforço à Reorganização do SUS - REFORSUS é uma iniciativa do Ministério da Saúde com financiamento do BID e Banco Mundial, e tem como objetivo a promoção da qualidade da assistência, e da gestão da rede de serviços de saúde, o aumento do grau de responsabilidade técnica e gerencial dos órgãos gestores e prestadores de serviços, a promoção da equidade e o apoio a programas que atuem para a superação de pontos de estrangulamento do Sistema Único de Saúde - SUS.

Para a operacionalização do Projeto, as ações do Reforsus estão agrupadas em Componentes e Áreas Programáticas.

Componente I - Apoio à Melhoria da Capacidade e da Eficiência do SUS.

Este componente engloba os serviços hospitalares, ambulatoriais e de apoio em seus diferentes níveis de complexidade, garantindo a execução das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Componente II - Promoção de Inovações na Administração do Setor Saúde.

Este componente é voltado para a gestão do Sistema. Busca dotar os órgãos gestores (Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) de instrumentos que lhes possibilitem desempenhar as funções gestoras de maneira mais eficiente.

O financiamento é destinado às Instituições Públicas de Saúde - municipais, estaduais e federais, fundações, autarquias e empresas públicas do setor Saúde e instituições privadas sem fins lucrativos integrantes do SUS.

Na distribuição dos recursos entre as Unidades Federadas foi destinado ao Estado do Rio Grande do Sul, recursos na ordem de R\$ 19.787.505,35 (dezenove milhões, setecentos e oitenta e sete mil, quinhentos e cinco reais e trinta e cinco centavos) para o Componente I, Área Programática I, conforme Quadro 11. Para a apresentação de propostas desta área programática, a SSMA/RS, elaborou estudo técnico aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite, priorizando principalmente o fortalecimento do interior do Estado, envolvendo as seguintes áreas: pólos universitários, pólos regionais e as três regiões mais carentes: litoral, fronteira e metropolitana.

(arq. FINANCB.DOC)

QUADRO 11 - REFOR SUS - DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS POR ÁREA PROGRAMÁTICA - Rio Grande do Sul, 04/1997

COMPONENTE	VALOR	PERÍODO
<p>COMPONENTE I - Apoio à Melhoria da Capacidade e Eficiência do SUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Readequação Física e Tecnológica da Rede Assistencial • Programa de Saúde da Família: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família (*) • Ampliação da Capacidade e melhoria da qualidade da Rede Hematológica e Hemoterápica <ul style="list-style-type: none"> Conclusão e Equipamento do Hemocentro Regional de Pelotas Conclusão e Equipamento do Hemocentro Regional de Santa Maria Construção e Equipamento do Hemocentro Regional de Alegre • Ampliação da Capacidade e Melhoria da Qualidade dos Laboratórios de Saúde Pública 	<p>R\$ 19.787.505,36</p> <p>R\$ 300.000,00</p> <p>R\$ 1.072.810,00</p> <p>R\$ 1.137.206,00</p> <p>R\$ 1.196.576,00</p> <p>R\$ 2.507.500,00</p>	<p>1997 / 1998</p> <p>1997 / 1998</p> <p>1997/1998</p> <p>1997/1998</p> <p>1998/1999</p> <p>1997/1998</p>
<p>COMPONENTE II - Promoção de Inovação na Administração do Setor Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rede Nacional de Informação em Saúde 	<p>R\$ 350.000,00</p>	<p>1997/1998</p>

Fonte: ASSTEPLAN/SSMA

(*) O projeto de Pólo de Capacitação, foi proposto pela SSMA/RS e elaborado em conjunto pela Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Grupo Hospitalar Conceição e Universidade Regional do Nordeste do Rio Grande do Sul.

3.5.3.3. Recursos destinados ao Setor Saúde e Saneamento no Orçamento Estadual

Na análise das despesas estaduais, no setor saúde, serão examinados o Programa 75 - SAÚDE - e Programa 76 - SANEAMENTO, em 1995; a execução orçamentária em 1996 e o orçamento da SSMA para 1997.

Programa Saúde

O programa Saúde “ envolve o conjunto de ações desenvolvidas no sentido da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde ”.

A Tabela 27 mostra a participação dos órgãos estaduais e dos encargos financeiros neste programa no ano de 1995. Chama a atenção as despesas realizadas em 1995, com Encargos Financeiros do Estado que envolvem atividades relativas a contribuições ao IPE, e que representaram 39,22% do total do Programa. Segundo o TCE “a inclusão desta função elevou a participação do Programa Saúde para 3,44% da despesa total do Estado..., excluindo-se esta parcela, o percentual cai para 2,09%.

A Tabela 28 mostra a evolução percentual da participação do programa Saúde nas despesas totais do Estado. Esta participação sempre ficou aquém do necessário, e diminuiu mais ainda a partir de 1987, quando começaram os repasses do governo federal (via SUDS), que ao invés de agregar recursos, ocasionou menor participação do orçamento próprio estadual na saúde.

Observa-se que no ano de 1995 houve recuperação significativa do percentual do programa Saúde em relação a despesa total do Estado (de 1,22 % para 2,09 %), embora ainda aquém do obtido no ano de 1980, que foi de 2,20 % (excluídas as despesas relacionadas a contribuições ao IPE), e longe do percentual recomendado de destinar, no mínimo, 10% do orçamento para a saúde.

A perda de recursos do programa Saúde, de 1980 a 1994 é estimada, pela FEE (Rabello, M. 1996) em cerca de 15 %, enquanto o Estado, no mesmo período aumenta seus gastos em 50 %. Neste período, os recursos foram destinados basicamente para o custeio do setor, ficando as despesas de capital com menos de 0,5 %, com exceção dos anos de 1989 e 1990, com 2,00 % e 1,67 % respectivamente. Estes recursos de investimento foram destinados prioritariamente à reforma dos Hospitais São Pedro, Sanatório Partenon e Colônia Itapuã.

O programa Saúde desenvolvido na SSMA, em 1995, contou com 82% de recursos oriundos da Administração Direta estadual e 18 % do Fundo Estadual de Saúde - FES.

Os recursos do FES tiveram 100 % de origem federal através do SUS e convênios com a União, não contando com recursos próprios do orçamento estadual, conforme dados do TCE.

Do total de recursos do SUS que o Governo dispunha para 1995, 27 % deixaram de ser empenhados no Programa, parte pela não liberação e parte pela falta de agilidade do DECAM estadual. Este fato é relevante quando verificamos que inúmeros projetos e atividades não foram realizados, apesar da dotação inicial : implantação do

Sistema de Saúde Comunitária, prevenção e controle DST/AIDS, saúde do trabalhador, sangue e hemoderivados, saúde mental, implantação da rede de laboratórios de Saúde Pública, prevenção e controle do cólera, entre outros. Alguns projetos tiveram realização muito inferior ao inicial previsto.

A participação dos projetos e/ou atividades no Programa Saúde estão especificados na Tabela 29.

Novamente chama a atenção a despesa com os projetos/atividades referentes à Contribuição ao IPE, onde 36,92 % foram referentes à assistência médica dos servidores estaduais. O uso de recursos da Saúde para financiamento de assistência médica a servidores contraria formalmente os princípios do Sistema Único de Saúde, em especial o da universalidade.

Salienta-se, também, que no item "Outros" estão agrupados projetos e atividades como : manutenção dos serviços de saúde; manutenção do Hemocentro; prevenção e controle de DST e AIDS; municipalização da saúde; manutenção do Conselho Estadual da Saúde; Vigilância Epidemiológica, entre outros, todos de fundamental importância e que contaram apenas com 2,29 % da despesa realizada. A despesa com relação ao desenvolvimento de recursos humanos - 21,97 % do total, alcança este percentual devido a uma distorção havida na alocação da Despesa com Pessoal, quando das suplementações para pessoal, sobrecarregando a atividade que, inicialmente apresentava uma pequena dotação (0,83 %).

O orçamento realizado de 1995, por elemento de despesa, pode ser observado na Tabela 30 , nas suas principais rubricas.

Programa Saneamento

O Programa Saneamento - 76 - corresponde ao "conjunto de ações que visa o abastecimento d'água de boa qualidade às populações, o destino final dos esgotos domésticos e despejos industriais e a melhoria das condições sanitárias das comunidades".

A SSMA utilizou 6,43 % dos recursos do programa em 1995, através do PROSAN, ficando o restante com a Secretaria de Coordenação e Planejamento (51,44%) e Secretaria de Obras Públicas, Saneamento e Habitação (42,113%).

A participação do programa saneamento nas despesas totais do Estado tem se mantido abaixo de 0,5% nos últimos 10 anos, à exceção do ano de 1994 (0,67%), quando foram alocados recursos mais significativos à CORSAN.

Em relação às despesas de capital, as participações mais expressivas ocorreram nos anos de 1982 e 1983, através da implantação do sistema de tratamento dos efluentes líquidos do Pólo Petroquímico do Sul e do sistema de abastecimento de água do Distrito Industrial de Rio Grande.

Tabela 27 - Participação percentual dos órgãos estaduais no programa Saúde, RS, 1995

Órgão	Datação Inicial (DI) %	Despesa Realizada (DR) %
Sec. Justiça e Segurança	-	0,31
Sec. Saúde e do Meio Ambiente	69,82	60,29
Sec. Obras P. e Saneamento	0,26	0,17
Brigada Militar	0,35	0,00
Encargos Financeiros	29,58	39,22

Fonte: TCE/RS. Relatório e parecer sobre as contas do Governo do Estado - 1996
(1) decréscimo de 3,02% em relação à DI

Tabela 28 - Participação percentual do programa Saúde na despesa do Estado, RS, no período de 1980 a 1995

Ano	Percentual sobre a Despesa Total
1980	2,20
1981	1,93
1982	1,99
1983	2,01
1984	1,99
1985	1,64
1986	2,00
1987	1,57
1988	1,51
1989	1,60
1990	1,72
1991	1,76
1992	1,54
1993	1,29 *
1994	1,22 *
1995	2,09 *

Fonte: RABELO, M. Análise das despesas do Governo no RS no setor saúde no período 1980 - 1994, Mimeo, 1996

TCE/RS. Relatório e parecer prévio sobre as contas do Governo, 1996

* Os dados dos anos assinalados, no Relatório do TCE são, respectivamente: 2,37%; 2,41% e de 3,04%, por incluírem as despesas realizadas através do IPE

Tabela 29 - Participação dos projetos e/ou atividades (agrupados) no Programa 75
- Saúde - RS, 1995

Projeto / Atividade	Datação Inicial %	Despesa Realizada %
Contribuição ao IPE	29,58	39,22
Desenv. R. Humanos	0,83	21,97
Hospitais Próprios	14,57	12,69
Apoio ao SUS	14,11	10,23
Impl. Ações Saúde/Conv. e Contratc	0,35	4,63
Assist. Méd. Sanit. em Geral	14,15	3,22
FEPPS	14,02	3,10
Reest. Rede Un. Assistenciais	3,78	2,65
Outros	8,61	2,29
Total	100,00	100,00

Fonte: TCE/RS. Relatório e parecer prévio sobre as contas do governo do Estado, 1996

Tabela 30 - Participação dos elementos de despesa no Programa Saúde, RS, 1995

Elementos	Dotação Inicial %	Despesa Realizada %
Pessoal Civil e Obrig. Patrimoniais	11,15	28,50
Material de Consumo	21,86	10,07
Outros Serv. Encargos	11,57	7,08
Contribuições Correntes (1)	29,09	38,97
Transferências a Munic. (2) (3223 e 4323)	6,03	7,14
Obras e Instalações	5,77	1,14
Equip. e Mat. Perman.	12,55	0,87
Subvenções Sociais	0,36	3,47
Demais elementos	1,62	2,76
Total	100,00	100,00

Fonte: TCE/RS. Relatório e parecer prévio sobre as contas do Governo, 1996

(1) Relativas à Contribuições ao IPE

(2) Inclui projetos/atividades como: Apoio Operacional às Ações de Saúde, Reestruturação da Rede de Unidades Sanitárias, Municipalização, Operação Litoral, Apoio ao SUS, entre outros

Execução Orçamentária e Financeira dos Recursos providos do Tesouro do Estado em 1996

Os Recursos Orçamentários e Financeiros no exercício de 1996 foram representados por vinte e um (21) Projetos e Atividades com os seguintes códigos e títulos: 1.771-Implementação de Programa de Saneamento Básico Comunitário; 1.774-Ampliação de Hospitais Públicos; 1.775-Renovação da Frota de Veículos; 1.850-Piá 2000; 2.177-Mãos Dadas; 2.332-Implementação de Hospitais Municipais e Filantrópicos; 2.481-Formulação e Coordenação do Sistema Único de Saúde; 2.485-Desenvolvimento de Recursos Humanos; 2.486-Implementação de Ações de Saúde através de Convênios e Contratos; 2.487-Publicidade; 2.488-Apoio Operacional às Ações de Saúde; 2.491-Assistência Médico-Sanitária em geral; 2.492-Controle de Vigilância Epidemiológica; 2.499-Manutenção do Programa de Saneamento Básico Comunitário; 2.501-Assistência Médico-Hospitalar - H.P. São Pedro; 2.502-Assistência Médico-Hospitalar - H.S. Partenon; 2.503-Assistência Médico-Hospitalar- H.C. Itapuã; 2.504-Assistência Médico-Hospitalar- H. Alexandre Lisboa; 2.507-Assistência Médico-Hospitalar- H. De Alvorada; 2.508-Assistência Médico-Hospitalar- H. De Cachoeirinha; 2.509-Manutenção do Conselho Estadual de Saúde;

O Quadro 12 apresenta a execução orçamentária e financeira, relativa aos recursos do tesouro do Estado, por projeto / atividade, em 1996. Verifica-se um saldo de dotação ao final do exercício, de R\$ 21.909.826,93 que concentrou-se nos projetos / atividades referentes aos Hospitais próprios do Estado (2501, 2502, 2503, 2504), Hospitais públicos (1774) e Assistência Médico - Sanitária (2491).

Do total da dotação com alteração foram liberados 85,92% e executados 83,30% em 1996.

O exercício de 1995 mostra uma liberação de recursos maior que o de 1996, mas uma execução menor 91,45% e 96,93% respectivamente. Caso os recursos distribuídos ao DECAN tivessem sido operacionalizados, a SSMA teria alcançado uma execução financeira de 99,23% em 1995 e 99,29% em 1996. (Quadro 13). O aproveitamento foi maior em 1996 graças ao pessoal auxiliar que a SSMA colocou junto ao DECAN para aproveitar os recursos liberados pela Secretaria da Fazenda, já ao final do exercício.

Quadro 12 - Execução Orçamentária e Financeira por Projeto/Atividade, da Unidade Orçamentária 20.01, Recurso 0001 - Tesouro do Estado do Rio Grande do Sul, 1996

Projetos Atividades	Dotação Inicial	Suplementação	Redução	Dotação Alterada	Despesa		Saldo de Dotação
					Empenhada	Liquidada	
1771	6.802.103,00	0	6.860.822,00	281.561,95	171.384,48	139.355,98	0,95
1774	7.030.815,00	0	5.181.300,00	2.187.874,98	0,00	0,00	2.187.846,98
1775	1.871.280,00	0	849.680,00	1.094.232,80	0,00	0,00	1.093.923,80
1850	0	3.937.000,00	2.559.400,00	1.377.600,00	835.000,00	0,00	0,00
2177	0	4.000.000,00	1.000.000,00	3.073.990,41	3.014.910,11	3.014.910,11	15,41
2332	5.323.911,00	0	4.250.000,00	1.352.105,68	1.290.000,00	540.000,00	1,62
2481	23.594.134,00	137.100,00	7.777.207,00	16.881.097,09	15.760.352,72	15.663.568,64	1.095.932,50
2485	3.481.215,00	51.605.000,00	842.180,00	54.451.773,49	54.297.173,74	54.262.177,53	1.296,41
2486	3.693.699,00	8.850.000,00	564.900,00	12.132.559,23	12.132.479,71	12.095.162,11	18,52
2487	65.495,00	0	5.000,00	63.917,34	61.561,30	1.364,83	0,37
2488	9.515.758,00	2.720.000,00	2.816.237,00	9.812.378,25	7.725.949,01	4.939.252,83	1.106.624,75
2491	33.254.945,00	6.217.966,29	28.903.207,00	12.231.836,99	7.741.486,83	6.740.663,06	4.377.123,62
2492	1.872.820,00	0	1.938.801,00	16.320,17	10.750,00	10.306,00	1,13
2499	1.523.167,00	0	1.325.700,00	275.546,65	168.221,31	142.392,04	340,70
2501	16.438.792,00	1.281.200,00	2.509.900,00	15.910.556,79	10.985.912,81	10.334.245,43	4.377.594,38
2502	7.257.661,00	1.849.600,00	1.408.683,00	7.979.793,22	5.428.806,28	5.237.610,95	2.192.152,49
2503	6.605.982,00	706.100,00	2.025.987,00	5.557.624,75	2.855.895,64	2.638.037,75	2.188.559,99
2504	3.043.891,00	30.100,00	779.100,00	2.450.756,48	194.765,56	194.765,56	2.194.411,97
2507	4.818.546,00	850.000,00	1.962.799,00	3.894.978,47	3.604.280,25	3.499.218,06	4,33
2508	3.447.314,00	1.600.000,00	1.254.999,00	3.940.744,17	3.623.059,89	3.468.356,11	1,03
2509	1.242.322,00	0	202.500,00	1.104.726,67	6.390,97	6.034,97	1.093.975,92
2497	0	50.000,00	0	500.000,00	498.625,00	48.625,00	0,00
Totais	140.883.850	83.834.066,29	75.018.402,00	156.571.975,58	130.407.005,61	122.976.046,96	21.909.826,87

Fonte: DA - SSMA

OBS.: Não foi considerada a atualização monetária

Quadro 13 - Comparativo entre as Dotações Iniciais e com Alteração e entre os Recursos Liberados e Executados, Unidade Orçamentária 20.01 - Rec 001 - Tesouro Estadual, RS, 1995 e 1996

Exercício	Dotação Inicial	Dotação com Alteração (B)	% B/A	Recurso Liberado (C)	% C/B	Recurso Executado (D)	% D/C
1995	151.360.417,00	143.195.524,00	88,74	140.022.566,00	97,78	128.063.571,00	91,45
				Saldo no DECAM Total		11.025.442,00 139.090.013,00	99,33
1996	140.883.850,00	156.571.967,00	111,13	134.531.191,00	85,92	130.412.000,00	96,93
				Saldo no DECAM Total		3.166.115,00 133.578.115,00	99,29

Fonte: DA - SSMA

Orçamento da SSMA para o ano de 1997

A Lei de Diretrizes Orçamentárias destinou à SSMA, em 1997, 10% da Receita Tributária Líquida Estadual. Estes recursos correspondem às fontes 0001,0005,0142 e 0167, no valor de R\$ 327.622,739,00. A este valor agrega-se a fonte 0182 que corresponde à produção de serviços ambulatoriais e hospitalares da rede própria da SSMA no valor de R\$ 33.967.000,00, que representa 9,08% do orçamento total. Os dados estão discriminados no Quadro 14:

Quadro 14 - Distribuição dos Recursos orçamentários da SSMA em 1997, por fonte, R\$, 1996.

Código	Fonte	Valor	
		R\$	%
0001	Recursos do Tesouro Livre	219.808 436	58,73
0005	Recursos do Tesouro Contrapartida	321.000	0,08
0142	Receitas Operacionais do FES	116.774	0,03
0167	Receita do Fundo de Reforma do Estado	107.376 529	28,69
0182	Receita de Serviços de Saúde vinculados ao SUS	33.967 000	9,08
0400	Convênios em Geral	12 680 280	3,39
	Total	374 270 019	100,00

Fonte: SSMA. Orçamento 1997

Ao analisarmos o orçamento por Grupo de Despesa, verificamos que 37,3% destina-se ao pagamento de pessoal e obrigações patronais.

Os recursos para despesas com obras, equipamentos e material permanente, realizadas diretamente pela SSMA, estão agrupados no item "Investimentos" (7,2%) e aqueles transferidos aos municípios com a mesma finalidade, constam no grupo "Outras despesas de Capital" (18%).

Os dados estão discriminados no Quadro 15, a seguir.

Quadro 15 - Orçamento da SSMA para 1997, por grupo de despesa, R\$, 1996.

Grupo de Despesa	Valor	
	R\$	%
Pessoal e Encargos Sociais	139.422.794	37,3
Outras Despesas Correntes	140.505.366	37,5
Investimentos	27.155.569	7,2
Outras Despesas de Capital	67.186.290	18,0
Total	374.270.019	100,0

Fonte: SSMA. Orçamento 1997.

Observando-se o Quadro 15, verifica-se que 74,8% do orçamento global da SSMA destina-se às despesas de custeio e 25,2% aos investimentos.

No grupo referente a outras despesas de capital está incluída a transferência de recursos financeiros aos municípios para execução de investimentos em obras e instalações, equipamentos e material permanente

Do conjunto de 41 projetos/atividades previstos no orçamento da SSMA/97, estão relacionados no Quadro 16, aqueles com valores acima de R\$ 7.500.000,00.

As treze ações relacionadas representam 31% do total de atividades e projetos da SSMA e perfazem 81,17% de participação no orçamento global para o ano de 1997.

Quadro 16 - Atividades e Projetos com maior percentual de participação na proposta orçamentária da SSMA para 1997. RS, 1996.

Código	Atividade/Projeto	Valor	
		RS	%
1588	Municipalização dos Serviços de Saúde	50.798.532	13,57
2491	Assistência Médico Sanitária em Geral	40.995.725	10,95
2693	Pagamento de encargos com inativos da SSMA	37.709.800	10,07
8510	Apoio ao SUS	37.033.774	9,90
2481	Formulação e Coordenação do SUS	36.131.849	9,66
2332	Implementação de Hospitais Pólo e de Referência Regional	22.200.000	5,93
2488	Apoio Operacional às Ações de Saúde	19.153.996	5,12
2501	Assistência Med. Hosp. - Hosp. Psiqu. São Pedro	17.296.860	4,62
1850	PIÁ - 2000	9.209.428	2,46
9011	Conclusão Hospitais Municipais	9.202.603	2,46
2486	Implementação das ações de saúde através de convênios e contratos	8.841.692	2,36
9566	Construção, aparelhamento e equipagem do Hosp. de Caxias do Sul	7.650.500	2,04
9562	Reestruturação da Rede de Unidades Assistenciais	7.590.235	2,03
-	Outros	70.455.025	18,83
	TOTAL	374.270.019	100,00

Fonte: SSMA, Orçamento 1997.

(arq. FINANCA.DOC)

3.5.3.4. Análise dos recursos municipais para cobertura das ações e serviços de saúde do SUS

A análise dos Relatórios de Gestão dos municípios municipalizados, em 1994, mostra que estes tem investido parte importante de seus orçamentos na área da saúde, conforme pode-se observar no Quadro abaixo:

Quadro 17 - Percentual do Orçamento Municipal de 1995, área da saúde, em municípios municipalizados, 1994, RS. (*)

Percentual do Orçamento para a saúde nos municípios	Municípios	
	N	%
0 - 5,9	12	14,81
6 - 9,9	24	29,63
10 - 14,9	30	37,04
15 ou +	15	18,52
Total	81	100,0

Fonte: SSMA. Relatórios de Gestão municipais, 1994/95

(*) Dados do orçamento executado até setembro 1995.

Apesar dos investimentos realizados pelos municípios, os recursos não tem sido suficientes para a reversão do quadro de crise do setor saúde. Mesmo os municípios com avanços significativos na solução dos problemas do setor (em especial aqueles em “gestão semiplena”), ressentem-se da falta de aporte financeiro da União e do Estado, de forma regular e automática para custeio e investimento no setor.

(arq. FINANCA.DOC)

3.6. SISTEMAS DE APOIO ESTRATÉGICO

3.6.1. SISTEMA DE APOIO OPERACIONAL / ADMINISTRATIVO

Para o apoio operacional das ações da SSMA o Departamento Administrativo age através de cinco (5) Divisões: Finanças, Suprimentos, Serviços Gerais, Convênios e Contratos, Recursos Humanos, e, mais duas seções subdivididas diretamente: Seção de Apoio Administrativo e Seção de Arquitetura e Engenharia, além, da Comissão Permanente de Licitação. As questões referentes a execução orçamentária e àquelas referentes aos Recursos Humanos estão analisadas nos itens 3.5.1., 3.5.3. e 3.6.5.

Finanças

A Divisão de Finanças é responsável pela programação mensal de desembolso, pelo acompanhamento de execução orçamentária, pela solicitação de créditos adicionais, suplementares e especiais e auxílio na elaboração do Orçamento da pasta; elabora a Prestação de Contas do Exercício para envio ao Tribunal de Contas do Estado.

Seção de Execução Orçamentária

Esta seção é responsável pelos expedientes de despesas, sob os aspectos formal e legal; controla faturas de Serviços Contratados e as requisições de compra. É também responsável pela distribuição de combustíveis, lubrificantes e diárias às Delegacias Regionais de Saúde.

Suprimentos

A Seção de Materiais analisa, qualifica e controla os níveis dos estoques, definindo as necessidades de reposição, e mantendo auditoria mensal do estoque, conforme normas em vigor.

Também centraliza, analisa e otimiza os pedidos de material, elaborando as requisições para aquisição de materiais de uso geral, de consumo e permanente para suprir os diversos órgãos da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, acompanhando o andamento de todos os processos de compra de materiais de forma integrada e coordenada pela Comissão Permanente de Licitação.

Através da Seção de Patrimônio são classificados os bens patrimoniais móveis e imóveis adquiridos pela instituição, controlada a lotação de todos os bens patrimoniais, móveis e imóveis da Secretaria, assim como sua transferência, como tem ocorrido por ocasião da municipalização dos serviços, através de Termo próprio de Cessão de Bens Patrimoniais.

Arquitetura e Engenharia

Esta seção desenvolve projetos arquitetônicos e de engenharia para a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, e para municípios, executando a fiscalização de obras licitadas pela SSMA, sob sua responsabilidade e analisando e emitindo parecer sob projetos arquitetônicos e de engenharia propostos para o Sistema de Saúde do Estado.

Também realiza a supervisão das obras executadas com recursos repassados pela SSMA a outros órgãos públicos e das realizadas pela Secretaria de Planejamento e Obras-SPO/RS, além de assessorar as Prefeituras Municipais no desenvolvimento de projetos.

Está em andamento o cadastramento da rede de saúde pública a nível Federal, Estadual e Municipal, bem como a implantação de prédios novos obedecendo uma tipologia e uma técnica construtiva simples, visando a padronização dos prédios. Não mais serão utilizados os modelos antigos implantados pela SSMA, que eram de alto custo e de difícil manutenção (uso de concreto, vigas-calhas) com materiais de difícil substituição, implicando em cuidados especiais de mão de obra, nem sempre possíveis em municípios pequenos e/ou muito afastados). Para implantação dos prédios novos foram executados levantamentos de necessidades locais, para as quais os projetos foram criteriosamente adaptados caso a caso (demanda, programa, área).

Serviços Gerais

Também é de responsabilidade do Departamento Administrativo a manutenção dos bens móveis e imóveis da Secretaria, o arquivamento e manutenção de documentos, bem como o protocolo geral da Instituição com abertura, recebimento e entrega de processos. Controla e documenta a distribuição de veículos da SSMA, e atividades correlatas.

Comissão Permanente de Licitação

Esta atividade é desenvolvida junto ao Departamento Administrativo, obedecendo lei específica e legislação complementar pertinente. Todavia, face ao advento da Instrução Normativa nº001/97-CELIC, de 19 de maio de 1997, que estabelece procedimentos para solicitações de bens, serviços, obras e outros itens, deverá sofrer alteração.

É de relevância ressaltar a agilização de expedientes relativos a Diárias de Viagem - rubrica que junto ao transporte, de qualquer natureza - é das mais importantes, sem a qual, não há entrega de Medicamentos às Unidades Sanitárias, nem a implantação, supervisão e acompanhamento de Programas de Saúde, controle estatístico ou a consecução de recursos na esfera federal, mediante Acordos e Convênios. Sem estes recursos, não haveria cursos de capacitação profissional na Escola de Saúde Pública, assistência a Congressos, supervisão de obras e assessoria aos Municípios em serviços de arquitetura e engenharia e tantas outras tarefas em que o deslocamentos e presença de profissionais se faz necessária.

Essa referência é feita para sinalizar a necessidade de autorização Governamental para um número maior de diárias para esta Secretaria, a fim de que possa implementar todos os programas de saúde, o que está sendo feito com grande dificuldade em razão da quota trimestral, de 2.410 diárias, ficar muito aquém da necessidade.

(arq. SISESTRA.DOC)

3.6.2. SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

A SSMA, desde os primórdios de seu estabelecimento como entidade voltada para a promoção da Saúde Coletiva, tem se preocupado em criar Sistemas de informações abrangentes.

Essa disseminação de sistemas com atenção voltada para a área da saúde nem sempre seguiu um planejamento pré-estabelecido e muitos foram surgindo com fins puramente imediatistas e causais.

Isso, com o passar do tempo levou, de forma inevitável, à existência de inúmeros programas desvinculados entre si, e até sobrepostos, o que faz lembrar a citação da chilena Raquel Salinas, “ o resultado é que, na América Latina, fluem tremendas quantidades de dados que vão a lugar nenhum e que vêm de fontes que não importam a ninguém.”

Como reação natural a esse processo um tanto caótico de gerar dados e espalhar contradições surge hoje o entendimento, tanto a nível nacional como estadual, de que se faz necessário definir critérios no sentido de estabelecer Redes de Informações Operacionais e qualificadas.

Essas Redes teriam a finalidade de estudar todos os sistemas vigentes buscando consensualizar bases de dados e, a partir dessa uniformização, produzir aqueles Indicadores de Saúde próprios para o exercício de políticas técnico-administrativas condizentes com a realidade.

A Organização Pan-Americana de Saúde, através de seu Escritório Regional no Brasil, e o Ministério da Saúde vem trabalhando no sentido de estabelecer uma rede nacional de informações.

Rede de Informações a Nível Estadual

Partindo desse trabalho de cooperação entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do RS está montando a sua própria Rede. Os objetivos imediatos são :

- constituir Bases de Dados atualizadas e com grau de confiabilidade satisfatório;
- articular, dentro da Rede da SSMA e fora desta, órgãos e instituições que possam contribuir para o fornecimento e crítica dos dados e análise de informações;
- aperfeiçoar, mediante disseminação de informação e de captação de recursos humanos, o sistema montado.

A primeira tarefa foi elaborar o elenco de indicadores mínimos, (Anexo 5) cujos dados serão fornecidos pela própria SSMA, pelo Ministério da Saúde, pelo IBGE, pela SUSEP e por outros órgãos. Os dados estarão à disposição de todos os integrantes do sistema, através de : 1) constituição de rede integrando os computadores da SSMA; 2) disseminação da informação através da Internet ou rede similar.

Periodicamente, serão realizadas reuniões técnicas, com a finalidade de avaliar os dados, formular conclusões e recomendações.

A oportuna disponibilidade de dados básicos sobre a situação de saúde e de assistência é essencial para o planejamento, a execução e a avaliação de ações nesta área. De outra parte, a rápida evolução da informática, à conta sobretudo dos meios eletrônicos, tem exigido uma constante reformulação dos Sistemas de Informação em Saúde, nos quais o Rio Grande do Sul foi pioneiro. Os novos sistemas desenvolvidos e em desenvolvimento pelo Núcleo de Informática (de recepção e crítica de AIH's, de gerenciamento financeiro de AIH's, de medicamentos especiais e indicadores de saúde), bem como os programas de capacitação na área e os equipamentos e softwares instalados, tem contribuído sobremaneira para a agilização do setor.

Importante salientar que todo o investimento que se fizer no sentido de estabelecer uma Rede de Informação qualificada, virá em benefício imediato à população, visto que apenas assim se estarão criando meios pelos quais a informação de fato auxilie a tomada de decisões, com o estabelecimento de metas adequadas, constituindo-se em instrumento fundamental para o controle social do SUS.

A municipalização da saúde traz novos desafios ao setor, pois é necessário auxiliar as delegacias regionais e os municípios a formar e manter bancos de dados, a elaborar seu perfil epidemiológico e a analisar os dados obtidos para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde. A publicação dos anuários "Estatísticas de Saúde", volumes 20 e 21, correspondentes aos anos de 1994 e 1995, assim como do "Estatísticas de Nascimentos - SINASC", de 1992/1995, constituem subsídio fundamental para este processo. A descentralização dos sistemas de informação já abrangeu 110 municípios para o SIM (mortalidade) e 203 municípios para o SINASC.

Os municípios que apresentam o SINASC totalmente implantado são: Porto Alegre, Bagé, Bento Gonçalves, Cachoeira do Sul, Canela, Campo Bom, Caxias do Sul, Farroupilha, Novo Hamburgo, Pelotas, São Marcos, Veranópolis, Santa Rosa, via 5ª DRS (34 municípios) e via 8ª DRS (10 municípios). Estão em estágio preliminar à descentralização, com a digitação em terminal local, controle de qualidade à nível regional e consolidação à nível central : 20 municípios da 1ª DRS; 43 da 2ª DRS; 6 da 7ª DRS; 9 da 9ª DRS; 23 da 14ª DRS; 32 da 16ª DRS e 13 da 17ª DRS.

O Sistema de Informação reflete a organização do SUS no que se refere ao processo decisório e participação social. Garantir o direito à informação, através de sua organização e divulgação, é contribuir para a consolidação da cidadania.

(arq. SISAU.DOC)

3.6.3. SISTEMA ESTADUAL DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

O papel do gestor do SUS, em todos os níveis de governo, constitui-se, essencialmente das funções de planejamento, programação, acompanhamento e controle da execução das ações e serviços, avaliação dos resultados alcançados e, caso necessário, auditoria sobre as ações e serviços executadas.

As funções de acompanhamento, controle e avaliação são inerentes a qualquer atividade que se execute e sobre a qual se deseje obter direcionalidade e resultados, fornecendo subsídios para o planejamento e a gerência. Constituem um processo sistematizado e permanente que acompanha os diferentes momentos da gestão e tem como principal finalidade garantir o andamento das ações conforme previsto na programação a adequada aplicação dos recursos financeiros públicos, ao mesmo tempo que permite que se faça as correções necessárias no momento oportuno.

A situação atual da implantação do SUS coloca o gestor estadual num duplo papel: o de gerente de seus próprios serviços, que incluem a rede do extinto INAMPS, cedida para o Estado, e a de gestor do Sistema Estadual de Saúde, da qual fazem parte os Sistemas Municipais de Saúde.

É necessário estruturar o componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria e dar início a um processo continuado de acompanhamento, avaliação e Auditoria dos Sistemas Municipais de Saúde, de forma ascendente, incluindo todos os níveis de gestão do SUS em âmbito estadual, permitindo construir uma visão integrada do funcionamento do Sistema Estadual de Saúde. A sistemática de acompanhamento dos sistemas municipais de saúde deve ser incorporada como uma atividade de rotina na SSMA, a qual tende a crescer, a medida que o processo de descentralização avance, tornando-se, no futuro, a principal atividade desta secretaria.

3.6.3.1. Atual estrutura administrativa de controle, avaliação e auditoria na SSMA

O componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria ainda não está legalmente criado no Rio Grande do Sul. Existe uma proposta de minuta de decreto para criação e regulamentação do Sistema Estadual de Auditoria Médica (SEAM-SUS), que está em estudos no âmbito interno da SSMA, devendo ser encaminhada posteriormente à Assembléia Legislativa.

Esta proposta tem como modelo a estrutura e o funcionamento do SNA em nível federal, que conforme determina o decreto que regulamenta o sistema, deveria servir de indicativo para a organização dos níveis estadual e municipal (Dec. Fed. 1.651/95, Art. 4º, § 3º). Em nível federal, o sistema constitui-se de dois órgãos: um executivo - o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria - e um consultivo - a Comissão Corregedora Tripartite (Dec. Fed. 1.651/95, Art. 5º, § 1º).

O Sistema Estadual de Auditoria Médica deverá ser constituído pelo conjunto de órgãos da SSMA que exercem a fiscalização e o controle técnico-científico, contábil, financeiro e patrimonial, bem como a avaliação do desempenho, da qualidade e da resolutividade das ações e serviços de saúde do SUS no âmbito do estado.

Atualmente, existem cinco órgãos na estrutura organizacional da SSMA cujas atribuições, definidas no Regimento Interno (Dec. Est. Nº 36.502/96), estão relacionadas às atividades do SNA:

- a Divisão de Controle e Avaliação, do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DCA/DAHA);

- o Departamento de Ações em Saúde, especialmente através da Divisão de Apoio Técnico-Administrativo (Seção de Análise Epidemiológica e Seção de Avaliação de Programas);

- a Auditoria Médica, vinculada diretamente ao Secretário Estadual de Saúde;

- a Assessoria Técnica e de Planejamento, através dos seus três núcleos constitutivos, quais seja, o Núcleo de Acompanhamento e Avaliação, o Núcleo de Programação e o Núcleo de Informações em Saúde;

- o Departamento Administrativo, através da Divisão de Convênios e Contratos, da Divisão de Finanças (Seção de Finanças) e da Divisão de Suprimento (Seção de Patrimônio).

À Divisão de Controle e Avaliação do DAHA compete implementar o sistema de controle e avaliação das ações assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de alto custo) de âmbito estadual e regional, em ação conjunta com a Auditoria Médica, com o objetivo de verificar aspectos de qualidade assistencial, desempenho dos serviços e execução da programação. Cabe também a ela, cadastrar os prestadores hospitalares e ambulatoriais sob gestão estadual. No caso das ações e serviços sob gestão municipal, a DCA pode desenvolver ações em caráter de cooperação técnica. Além disto, quando solicitada, a divisão pode participar da implantação e implementação dos sistemas municipais de controle e avaliação, bem como da avaliação dos resultados dos sistemas municipais de saúde (Dec. Est. Nº 36.502/96, Art.45).

Ao Departamento de Ações em Saúde, através da Divisão de Apoio Técnico-Administrativo, compete elaborar, implantar e controlar normas técnicas, procedimentos, recomendações e critérios de avaliação das ações de saúde no Estado, bem como coordenar, supervisionar e avaliar os programas de controle de agravos à saúde (ações programáticas para controle de agravos prioritários), incluindo as ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária (Dec. Est. Nº 36.502/96, Arts. 10, 11 e 12).

À Auditoria Médica compete realizar a auditoria técnica nos sistemas e serviços dos órgãos e instituições públicas e privadas integrantes do Sistema Estadual de Saúde (Dec. Est. Nº 36.502/96, Art.7º).

À Assessoria Técnica e de Planejamento compete assessorar o acompanhamento e avaliação das ações organizacionais desenvolvidas pelos diversos órgãos que compõe a SSMA, assessorar as diversas instâncias e instituições do Sistema Estadual de Saúde em aspectos relacionados ao controle e avaliação em saúde, saneamento básico e meio ambiente e assessorar, acompanhar e avaliar projetos especiais ou prioritários deste sistema, com base em informações estatísticas e na análise epidemiológica dos agravos à saúde (Dec. Est. Nº 36.502/96, Art.5º).

Ao Departamento Administrativo compete, através da Divisão de Convênios e Contratos, planejar, dirigir, controlar e avaliar as atividades da área de convênios e contratos com prestadores de serviços de saúde, sob gerência do Estado, inclusive os referentes à manutenção (limpeza, vigilância, aluguéis, etc), realizando estudos e elaborando critérios, modalidades e procedimentos para sua celebração (Dec. Est. Nº 36.502/96, Art. 81).

À Divisão de Finanças deste departamento compete planejar, coordenar e controlar a execução orçamentária e financeira de recursos oriundos do Tesouro do Estado (Dec. Est. Nº 36.502/96, Art. 72), incluindo a elaboração da prestação de contas do exercício para envio ao Tribunal de Contas do Estado. À Divisão de Patrimônio controlar a lotação de todos os bens móveis e imóveis da SSMA, incluindo a transferência de bens patrimoniais (Dec. Est. Nº 36.502/96, Art. 77). Em resumo, a estas duas divisões do Departamento Administrativo compete a avaliação e auditoria contábil, financeira e patrimonial dos recursos financeiros e patrimoniais do Estado, incluindo aqueles repassados aos municípios.

No que diz respeito aos recursos financeiros transferidos pela União ao Estado e aos municípios, a verificação de sua aplicação é realizada pelo Escritório de Representação Regional do Ministério da Saúde no Rio Grande do Sul (EREM/RS). A auditoria só será realizada pelo nível federal do SNA, em estados e municípios, quando a Comissão Corregedora Tripartite decidir que o órgão ao cargo da qual estavam afeitas mostram-se omisso ou sem condições de executá-las.

Como o componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria ainda não está estruturado, as atividades destes setores vem sendo desenvolvidas sem uma coordenação única, que possa integrá-las. Na minuta de Decreto do Sistema Estadual de Auditoria está prevista a criação da Assessoria de Controle Avaliação e Auditoria Estadual (ADECA), que deverá coordenar o sistema, cabendo à Comissão Intergestores Bipartite as atribuições referentes à Comissão Corregedora.

Em 1994, foi realizado pela primeira vez no Estado concurso público que incluiu o cargo de médico auditor, com 170 vagas distribuídas nas dezoito Delegacias Regionais de Saúde. O concurso foi homologado em 1994, tendo ocorrido a nomeação de 22 médicos auditores até o presente momento, os quais receberam treinamento específico em setembro de 1996, encontrando-se ainda em período probatório. Entretanto, as nomeações foram suspensas devido à liminar na justiça, estando ainda a questão *sob judice*. Por esta razão, somente em quatro Delegacias houve nomeação. Entretanto, dez DRS's dispõem de serviço de auditoria médica, quais sejam: a 1ª e 2ª DRS, agregadas em um único serviço que atende a Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, e no interior, a 3ª, 4ª, 6ª, 10ª, 12ª, 14ª, 15ª e 16ª. Isto ocorre porque seis regionais dispõem de médicos auditores do extinto INAMPS (1ª, 2ª, 3, 4ª, 6ª, e 10ª DRS's). Em alguns casos, estes médicos-auditores não estão localizados na sede da DRS, mas em municípios que sediavam os antigos Serviços de Medicina Social-SMS do extinto INAMPS. Falta, portanto, criar este serviço em oito regionais (5ª, 7ª, 8ª, 9ª, 11ª, 13ª, 17ª e 18ª).

Somando-se aos 170 concursados os 26 médicos auditores do extinto INAMPS, atualmente cedidos à SSMA, estariam disponíveis 196 médicos auditores no Estado. Entretanto, é preciso considerar que como as atividades do SNA são de responsabilidade dos três níveis de governo, deve-se prever que pelo menos os municípios de maior porte possam estruturar o componente municipal do SNA, contratando mais auditores visto que é exigência legal da Norma Operacional Básica SUS - 01/96 para enquadramento na Gestão Plena do Sistema Municipal.

Nos últimos cinco anos foram realizadas, em média, 370 auditorias por ano, com uma média de 31 auditorias por mês, no ano de 1996 foram realizadas 680 auditorias, com média mensal de 57 auditorias.

3.6.3.2. Diretrizes para atuação do Sistema Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria

No contexto do SUS, as atividades de controle, avaliação e auditoria apresentam dois condicionantes fundamentais:

- por ser um sistema unificado, porém com diferentes níveis governamentais de comando, estas atividades devem resultar da sistematização, agregação, análise, avaliação e contextualização de informações obtidas junto aos diversos órgãos e setores que compõe o sistema, envolvendo portanto diferentes instrumentos e sistemas de informação já existentes, e outros que venham a ser desenvolvidos em função das necessidades geradas a partir da nova visão de controle e avaliação em saúde que o SUS requer;

- por ser um sistema descentralizado, estas atividades exigem o reconhecimento e o compromisso por parte de todas as suas instâncias de que a produção e a transferência de informações se processem com a qualidade e a fidedignidade necessárias para a validação do produto final, qual seja, a avaliação de desempenho técnico e operacional do SUS em termos de estruturas, processos e resultados, a avaliação da qualidade das ações e serviços de saúde e a avaliação do impacto sobre a saúde da população.

A questão da prestação de contas no SUS não pode ser entendida apenas do ponto de vista financeiro-contábil. As atividades do SNA devem estar voltadas para diferentes aspectos das ações e serviços de saúde, buscando não apenas verificar a conformidade da aplicação dos recursos à programação físico-financeira, mas também avaliar o desempenho, a qualidade, a resolutividade das ações, bem como o impacto dessas ações sobre a saúde da população.

É indispensável a superação da visão atomizada de que controle e avaliação se resume, na visão tradicional da saúde pública, ao acompanhamento de programas de saúde ou, na visão do extinto INAMPS, no acompanhamento físico-financeiro dos sistemas assistenciais. Há que se entender que essas atividades não são sinônimos de controle e avaliação e sim fazem parte de um sistema maior para o qual contribuem com dados específicos.

Com a implementação do SUS, convergindo para a gestão descentralizada das ações e serviços de saúde, torna-se cada vez maior a responsabilidade dos municípios com o atendimento à população. À SSMA cabe um novo papel institucional de coordenação geral do sistema, cujo principal objetivo é a melhoria da saúde da população, no qual adquirem papel fundamental as áreas de planejamento, programação, controle e avaliação.

Este novo papel requer uma reestruturação técnico-administrativa dos órgãos que exercem as funções do controle, avaliação e auditoria no Estado do Rio Grande do Sul. Por demandar a participação de diversos segmentos e lidar com múltiplas variáveis, a implantação do sistema de controle, avaliação e auditoria torna-se um processo complexo de difícil execução.

As estratégias, mecanismos e instrumentos que devem ser utilizados pelo componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria estão sendo discutidos entre os setores envolvidos, devendo acompanhar a discussão da minuta de decreto para regulamentação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria.

3.6.4. PRODUÇÃO DE INSUMOS

Entre a gama de insumos necessários ao trabalho em saúde, destacam-se os medicamentos, cuja produção é afeta à Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS), órgão vinculado à SSMA, formada pela junção do Laboratório Farmacêutico do Estado, Instituto de Pesquisas Biológicas “Jandyr Maya Faillace” e Hemocentros, antigos departamentos da SSMA.

Medicamentos

A produção de medicamentos está programada através de contrato de gestão estabelecido entre a FEPPS e o Governo do Estado em outubro de 1996, com vigência até 1998, que tem por objetivo o estabelecimento de compromisso entre as partes no sentido de assegurar a produção de medicamentos, aumentando a produtividade e melhorando a eficiência, eficácia e competitividade dos serviços, contribuindo para o atendimento da demanda da rede pública de serviços de saúde

A FEPPS, através do LAFERGS, fechou 1996 com uma produção de 50.013.920 unidades de medicamentos básicos para os programas de saúde, (Quadro 18). A CEME forneceu 217.965.150 unidades e foram adquiridas 12.761.194 unidades para complementar parte das necessidades da rede de serviços pública, num total de 280.610.988 unidades.

Deste total, em 1996, foram distribuídos para as Delegacias Regionais, Hospitais próprios do Estado e outras instituições (Federação dos trabalhadores aposentados do estado, colonos de Encruzilhada do Sul, Sem Terras de Palmeira das Missões, Acampados de Camaquã), 133.63.918 unidades e vendidas para Prefeituras através do Pró-Remédio, a preço de custo, mais taxas de manutenção, 4.062.875 unidades. A distribuição de medicamentos é regulamentada pela Resolução 03/95 da CIB/RS, com base em critérios populacionais das regiões e municípios proporcionalmente à produção de serviços de saúde pública. Nos municípios com a saúde municipalizada, a distribuição é para o gestor municipal. Nos demais é feita através das Delegacias Regionais de Saúde para a rede de unidades.

Apesar do incremento da produção farmacêutica estadual, verifica-se a insuficiência de medicamentos para a cobertura das necessidades da população e novas estratégias estão em estudo no sentido de aproximar a produtividade da demanda, através da maior participação dos municípios. Os critérios de distribuição dos medicamentos estão sendo revistos, pois mostram-se inadequados sob alguns aspectos, principalmente para buscar atender à população alvo dos programas de saúde. Estão em estudo os seguintes critérios.

o *critério demográfico*, que se baseia no tamanho da população-alvo; o *critério epidemiológico*, que se fixa na prevalência esperada de casos de cada patologia, na população. A união dos dois critérios acima - *critério programático* - resulta em um quantitativo que seria o número de pacientes esperados, em cada município; o *critério organizacional*, que se refere à capacidade operacional do município, baseado essencialmente na produção e na produtividade assistencial observada, comparada com a definida como

necessária; o *critério polaridade*, que se refere à atratividade do município, como pólo, em razão dos recursos assistenciais ou diagnósticos existentes, havendo várias *gradações* de polaridade; por último, o *critério sócio-econômico*, que será determinado por diversos indicadores, entre eles o coeficiente de mortalidade infantil.

A SSMA distribui, também, medicamentos especiais e excepcionais, adquiridos no mercado mediante solicitação dos beneficiários através de processo. Há 14.630 pacientes cadastrados que recebem regularmente os medicamentos, além de demandas extras, que são atendidas (Quadro 19 e 20).

Imunobiológicos

Quanto à produção de imunobiológicos, que incluem soros e vacinas, esta tem sido gradativamente desativada desde o antigo IPB até hoje, na FEPPS, quando a única planta de produção instalada, no caso, de vacina contra a raiva para uso humano, encontra-se paralisada.

As justificativas são basicamente a falta de investimentos nos últimos anos em equipamentos - decorrente em muito da morosidade dos processos de aquisição - estrutura predial e capacitação de pessoal, que culminaram com a paralisação da produção em 1993, bem como o investimento realizado principalmente no Estado do Paraná que atende com suficiência o mercado.

(arq. INSU.DOC)

Quadro 18 - Medicamentos e insumos básicos produzidos FEPPS/LAFERGS, 1996

MEDICAMENTO	UNIDADES
A.A.S. 100 mg	6.159.172
A.A.S. 500 mg	5.065.426
Antimicótico 100ml	30.638
Carbonato de Lítio 300 mg	4.849.462
Clorpromazina 100 mg	898.776
Detergente Neutro 5l	54
Detergente Neutro 1l	98
Dexametasona Creme 0,1 % - 10g	692.173
Digoxina 0,25 mg	4.190.500
Dipirona 0,25 mg	0
Fenobarbital 4 % - fr.	2.374
Haloperidol 5 mg	1.773.400
Hidróxido de Alumínio 6,2 %-150 ml	26.317
Hidroclorotiazida 50 mg	3.702.516
Loção Parasitocida 100 ml	83.451
Metoclopramida Sol. Oral	37.962
Morfina 2% Gotas	16.167
Neomicina+Bacitracina 10gr.Pom	696.186
Propranolol 40 mg	20.776.088
Salbutamol 0.04% - 100 ml	15.716
Sol. Fisiológica Nasal 0,9%	48.000
Sulfato Ferroso 30 ml	12.176
Teofilina Elixir 60 ml	37.592
Tetraciclina 250 mg cáps.	899.606
Vitamina D3 oral - 10 ml	70
Diazepam	0
Iodeto de Potássio 2%	0
TOTAL	50.013.920

Fonte: FEPPS - SSMA

Quadro 19 - Medicamentos especiais adquiridos, SSMA, 1996

Medicamento	Valor (R\$)
Medic. importados	500.000,00
Enalapril	346.458,00
Azatioprina	336.000,00
Gestrinona	266.507,50
Filgrastima	202.500,00
El Diet	172.200,00
Hiper Diet	138.200,00
Cladribina	117.000,00
Magestrol	113.197,50
Tamoxifeno	98.400,00
Cetotifeno	89.715,00
Flutamida	80.264,80
Lamotrigina	70.567,06
Clozapina	52.138,36
Lofenalac	45.360,00
Pulmozine	32.559,80
Cálcio	30.300,00
Aciclovir	25.116,02
Gamaglobulina	22.886,40
Piridostigmina	19.084,70
Fluconazol	16.200,00
Baclofeno	16.005,00
Paclitaxel	15.496,56
Decanoato	15.282,00
Clodronato	15.078,50
Gangliosídeos	14.978,88
Ácido fólico	14.809,40
Leoprolide	14.518,40
Tioridazina	12.956,00
Estilbestrol	11.547,68
Hidroxiuréia	11.340,00
Diazóxido	11.253,25
Sulfasalazine	10.920,00
Erwinase	10.500,00
Subtotal	2.949.340,81

Medicamento	Valor (R\$)
Vigabatrina	8.028,00
Ondansetrona	8.000,00
Metotrexato	6.992,00
Ticlopidina	5.963,03
Mitotano	5.646,00
Captopril	5.120,00
Insulina	4.900,00
Traconazol	2.775,00
Fenoterol	2.555,00
Soya Diet	2.030,00
Imunotril Diet	1.341,00
Lactulose	837,20
Selegilina	549,60
Lisinopril	490,20
Melfalano	311,75
Subtotal	55.538,78
Total	3.004.879,59

Fonte: Asses. Med. Especiais

Quadro 20 - Medicamentos excepcionais adquiridos, SSMA, 1996

Medicamento	Valor (R\$)
Ciclosporina	3.639.981,60
Eritropoetina	2.808.360,00
Molgramostina	1.308.636,00
Interferon Alfa	1.234.729,80
Somatropina	359.529,50
Calcitonina	267.033,60
Ciproterona	262.763,20
Imunoglobulina	171.167,01
Aglucerase	165.000,00
Triptorelina	156.109,00
Desmopressina	119.850,00
Danazol	116.541,00
Bromocriptina	103.866,00
Desferoxamina	80.928,00
Amilase	51.000,00
Penicilamina	43.532,00
Toxina Botulínica Tipo A	37.100,00
Pancrelipase	34.000,00
Total	10.960.126,71

Fonte: Assessoria de Medicamentos Especiais/SSMA

(arq. MEDIC.DOC)

3.6.5 - DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

A implementação do SUS implica mudança de cultura institucional, como a questão da unificação de várias instituições e a integração com os vários níveis de governo; de cultura profissional, como a interdisciplinariedade, a preponderância do enfoque coletivo, a convivência com o controle social, a ética do compromisso com o usuário versus corporativismo; e da cultura técnica como a visão epidemiológica e a crítica sobre a incorporação de novas tecnologias.

Essas transformações necessárias à consagração do SUS, só serão efetivas com investimento maciço em desenvolvimento de recursos humanos, agentes das mudanças necessárias, que precisam estar aptos a promovê-las.

Nesse sentido a Escola de Saúde Pública e a Divisão de Recursos Humanos do Departamento Administrativo desempenham as funções de promover e executar o desenvolvimento de recursos humanos para o SUS/RS, articuladas ou não com outras instituições de formação e desenvolvimento de recursos humanos, assim como de produzir e difundir conhecimento na área da saúde.

Destacam-se os cursos anuais de Especialização em Saúde Pública e Auxiliar de Enfermagem e as residências de Saúde Geral Comunitária, oferecida pela Unidade Sanitária São José do Murialdo, unidade ligada a ESP e a residência de Saúde Mental, oferecida em conjunto com o Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Para efetivar-se o desenvolvimento de recursos humanos, faz-se necessário, primeiramente uma estreita interface com a Divisão de Recursos Humanos do Departamento Administrativo, cujos dados de acompanhamento da situação do pessoal, lotação, qualificação, necessidades e requisições dos diversos departamentos da instituição, são base para uma política de recursos humanos que atenda as necessidades da política de saúde.

Essas demandas, entretanto, não devem limitar as atividades da ESP, que deve ter garantido espaço de sua capacidade, para a promoção de eventos que possibilitem a criação/criatividade, a motivação e valorização do pessoal, a incorporação de novos conhecimentos e a produção intelectual, que também são necessidades da política de saúde.

Essas atividades suscitam questionamentos, avaliam o sistema, lançam propostas de ações e alterações, que agilizam, qualificam e promovem a instituição e o sistema.

Seguindo a diretriz da descentralização, cumprindo, inclusive com deliberação da II Conferência Estadual de Saúde, a SSMA deve promover a interiorização de eventos de capacitação - cursos, treinamentos, oficinas, seminários, programas de educação continuada - facilitando o acesso ao conhecimento.

Na diretriz da descentralização do conhecimento, no sentido do desenvolvimento do campo do saber em Saúde Coletiva, como no sentido de instrumentalizar os municípios e delegacias para a implementação do SUS, compete à SSMA o assessoramento às DRSs e aos municípios nos âmbitos técnico e administrativo,

como a elaboração de diagnósticos e planos de saúde e execução de concursos públicos para cargos na área.

A questão do desenvolvimento de recursos humanos não pode ser abordada sem referir-se à formação, tanto do nível superior como do nível médio.

Na visão de buscar profissionais inseridos no contexto do novo modelo assistencial, que *“possam e saibam captar a cultura, as expectativas, os interesses dos usuários; respeitar os direitos desses; dar uma atenção com qualidade, seja para que tipo for, seja para que classes sociais forem; lutar pelo bem-estar desse usuário ao nível dos outros setores que possam influir na situação de saúde-doença; (...) ajudar o usuário na sua reapropriação do corpo, da saúde, da vida, da liberdade, do conhecimento, da cidadania; estimular uma nova prática em saúde onde seja oportunizada a participação do usuário e dos trabalhadores de saúde”* (), tem sido referido em vários documentos conclusivos de fóruns que debatem a questão dos recursos humanos para a saúde, que as universidades estão distanciadas das necessidades do sistema, muitas vezes em descompasso com a realidade.

O Relatório Final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde apontou “o afastamento da Universidade do contexto social, apresentando-se sucateada, elitizada, desarticulada, curativista, centrada na doença e na hospitalização, na figura do médico; desvinculação docente-assistencial, com evidente dissociação do saber e do fazer; currículos inadequados, desvinculados da realidade da região em que se localizam” entre outros, que indicam a necessidade de maior integração e engajamento da universidade.

Nesse sentido, a ESP mantém convênio com a UFRGS na execução do Curso de Especialização em Saúde Pública devendo ser estreitadas essas cooperações como forma de aproximar a teoria e a prática, o saber e o fazer, que se almeja para o SUS, contribuindo com a formação dos novos profissionais que virem a ingressar no Sistema, promovendo a integração docente-assistencial

Em relação à formação de profissionais de nível médio, o Relatório Final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde também apontou que “o setor formal de educação não atende às necessidade de formação de pessoal de nível médio e não oferece mecanismos de profissionalização para os trabalhadores inseridos no SUS; proliferação de escolas privadas para a formação de nível médio, por falta de vontade política do setor público para enfrentar a situação do grande contingente de pessoal sem qualificação já incorporado pelo setor, o que demonstra a necessidade de maior integração à área da educação de nível médio, em saúde”.

A problemática da formação foi agravada pela forma de ingresso vigente até 1988, que não contemplava o concurso público, portanto não seguia critérios de capacitação. Estima-se que 60% da força de trabalho em enfermagem na rede pública atua sem qualificação, demonstrando a gravidade do quadro e a necessidade de intervenção.

É necessário gestionar junto à Secretaria Estadual de Educação a revisão dos currículos de cursos técnicos de saúde e a incorporação das diretrizes para a formação de recursos humanos para o SUS, assim como construir uma efetiva interface entre a SSMA e a Secretaria da Educação na elaboração de programas de saúde dos educandos.

Em termos mais amplos, uma política de desenvolvimento de recursos humanos, pressupõe uma continuidade quanto ao desenvolvimento dos trabalhadores em saúde. Requer um conjunto sistemático de medidas, que vão desde a lotação, a definição de equipes, a avaliação e a qualificação desses, estabelecendo critérios e mecanismos que se adequem à democratização das ações de saúde.

(arq. DRH.DOC)

3.6.6. COMUNICAÇÃO SOCIAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação, a informação e a educação em saúde desempenham papéis fundamentais para a efetividade dos programas de saúde, bem como para estimular e ampliar o conhecimento da população sobre os princípios e mecanismos de participação no sistema.

A Lei 8080/90 apresenta a “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário” entre os princípios e diretrizes do sistema, assim como “o direito à informação, às pessoas assistidas sobre sua saúde”, o que pode ser considerado sob ponto de vista individual e coletivo.

A SSMA desenvolve essas atividades através da Assessoria de Comunicação Social - ACS - , em termos da divulgação institucional e da Escola de Saúde Pública no sentido da educação para a saúde.

A divulgação das atividades da instituição, com exceção das fundações, é executada pela ACS para onde são drenadas as informações dos diversos departamentos da SSMA, sendo crítica a frequência de material de divulgação de ações institucionais em espaços na mídia em vista da concorrência com as informações de dificuldades e crônicos problemas do sistema, que têm maior receptividade dos órgãos de imprensa.

Paradoxalmente, os recursos orçamentários não priorizam a informação, muito mais em função do baixo percentual para a SSMA do que propriamente por falta de reconhecimento da importância da atividade. A criação do Comitê de Comunicação Social do Governo do Estado dá novo impulso ao setor, valorizando a divulgação das propostas e atividades institucionais de interesse da população.

Os programas de saúde por sua vez, tem sua estratégia educativa em muito suportada por material dos programas do Ministério da Saúde e outras instituições parceiras do sistema, embora trabalhe-se com material próprio no caso de programas regionais.

Dentro da proposta de parcerias a SSMA promove com a Rede Brasil Sul de Comunicações (RBS) o projeto “Você vendendo saúde”. Este projeto tem por objetivo o encontro de instituições com experiências na área de promoção da saúde para definir propostas que contribuam para tornar “cidades, escola e trabalho mais saudáveis”.

A Escola de Saúde Pública desenvolve sua função de Educação para a Saúde através de capacitação de recursos humanos para atuação na área e de uma Seção de Material Instrucional, que mantém um acervo de materiais de apoio às atividades de educação para a saúde para usuários do sistema nos âmbitos central e local. Esse acervo é composto por material dos programas da SSMA e outros oriundos de vários órgãos e instituições do país, afetos à saúde, de diversas formas como slides, fitas, cartazes, álbuns seriados, publicações, folhetos de informação, textos e até listagens de endereços de referência. O serviço atende ao usuário de forma personalizada, concentrando o atendimento na orientação para utilização adequada do material, sendo executadas também palestras no local do requisitante. Por falta de pessoal para atender a demanda, é estimulado o papel de multiplicador do usuário, encaminhando-se a atividade para

assessoramento temporário e permanente a escolas e outras instituições. Quanto à elaboração do material instrucional, essa é afeta aos programas que definem suas estratégias de informação e divulgação, sendo o papel da ESP, nesse sentido, restrito ao assessoramento, quando solicitado, não havendo interface regular.

(arq. CSES.DOC)

3.6.7 - CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE

A questão da Ciência e Tecnologia é situada, no sentido da produção em pesquisa da SSMA. A área nem sempre tem sido contemplada nos planos de saúde, a despeito de sua condição estratégica, em razão da necessidade ou privilegiamento no atendimento das demandas imediatas em detrimento das ações que implicam em sustentação a médio e longo prazo.

A produção em pesquisa da SSMA tem sido tímida nos últimos tempos e notadamente desarticulada, sem que haja uma política específica ou mesmo uma coordenação, assim como não são identificados registros dos estudos e pesquisas realizados, de forma sistematizada.

As publicações são feitas através de periódicos ao critério do pesquisador, sem uma publicação específica da produção pela SSMA. Entretanto, registram-se o “Boletim da Saúde”, 31 números publicados de 1969 a 1996 a cargo da Escola de Saúde Pública; o “informe Epidemiológico”, 97 números publicados de 1979 a 1989; “A Saúde no Rio Grande”, diagnóstico da saúde no estado, publicados entre 1988 e 1989; “Saúde & Meio Ambiente”, 2 números publicados em 1990; “Jornal da Saúde”, 8 números publicados entre 1991 e 1994; e “Boletim Epidemiológico do Serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS”.

Na Escola de Saúde Pública, ao longo dos 21 anos do Curso de Especialização em Saúde Pública, muitos estudos foram produzidos a título de conclusão de curso, que abordaram as mais diversas temáticas de Saúde Pública, todos catalogados na Biblioteca da ESP.

Atualmente, está sendo retomada a publicação, trimestralmente, do Boletim Epidemiológico, informativo dos indicadores epidemiológicos do estado.

Na SSMA são identificados alguns centros de pesquisa com história na área, como a Escola de Saúde Pública, a FEPAM, Hospital Psiquiátrico São Pedro e a FEPPS, especialmente o Laboratório Central (antigo Instituto de Pesquisas Biológicas), que mantém atividades de pesquisa.

Essas atividades se mantêm muito mais por iniciativa de grupos ou técnicos ali localizados do que propriamente por diretriz da instituição. Há, entretanto, a sensibilização por parte de alguns diretores e gerentes que apoiam o encaminhamento de projetos, embora não haja condições de favorecer o pesquisador com dedicação exclusiva à pesquisa pela demanda excessiva de trabalho e falta de pessoal.

Entre as atribuições da SSMA encontra-se a referência à pesquisa, assim como é sempre citada na legislação do SUS como competência, porém, curiosamente, é muito frequente a sua colocação por último nas listagens de atribuições, denotando o caráter suplementar dessa atividade; ou seja, ainda não há a incorporação da pesquisa nas atividades fundamentais dos governos, acompanhando a cultura de não investimento e não reconhecimento do seu significado inclusive para a tomada de decisões.

Apesar disso, as iniciativas permeiam os setores além dos grandes departamentos, sendo identificados projetos oriundos de Delegacias Regionais de Saúde

que articulam-se com as universidades locais para produzir pesquisas e estudos aplicados, demonstrando o vasto campo de trabalho na área.

Esse campo estende-se, inclusive, a alguns postos de saúde, cujos técnicos, frente a frente com problemas que necessitam de investigação e acompanhamento, geram idéias que somadas à metodologia específica, poderiam modificar a produção em pesquisa e redimensionar as intervenções nos agravos.

Entretanto, a despeito da necessidade, importância, amplitude do campo para estudo e referência nos instrumentos legais, a falta de recursos financeiros tem sido o grande entrave, associado ao problema dos recursos humanos, já abordado.

O Sistema Estadual de Ciência e Tecnologia não tem conseguido alocar os recursos adequadamente pela descontinuidade do fluxo orçamentário, sendo que também encontra dificuldades de transferir recursos dos editais lançados, aos centros de pesquisas estaduais, que apresentam sérios problemas de estrutura para a pesquisa.

A realidade é de laboratórios com equipamentos não compatíveis com o nível de exigência técnica, falta de adequado apoio bibliográfico, falta de adequado suporte em informática e, especialmente, o problema da política de recursos humanos, que não investe na pós-graduação dos técnicos e qualificação de servidores de nível médio, e estabelece restrições de ordem administrativa e financeira à participação em eventos de divulgação e debate científico. Destacam-se, entretanto, alguns apoios significativos como o Centro de Documentação e Informação e Centro de Experimentação Animal (em instalação), da FEPPS, que dão respostas efetivas às iniciativas, em termos de apoio bibliográfico e utilização de animais para pesquisa em laboratório.

Ressalte-se a importância dos editais do “Programa de Recuperação dos Centros de Pesquisa” da FAPERGS, que objetiva a implementação dos CPs, devendo esse ser um alvo da atenção das Secretarias de Estado para, inclusive, ser garantida a continuidade do edital e ampliado seu espectro de financiamento, por exemplo, à questão da remuneração do pesquisador.

A baixa remuneração que atinge o quadro da SSMA, não distingue o servidor pesquisador, que não é contemplado com nenhuma vantagem por desenvolver atividades de pesquisa, nem há ascensão funcional aos mestres e doutores existentes. Contraditoriamente ao que é diretriz para o sistema de Ciência e Tecnologia estadual, o pesquisador está em desvio de função, já que não existe tal cargo na estrutura do Estado.

O desestímulo associado aos problemas existentes, contribui - se não é decisivo - para a perda de recursos humanos capacitados para a pesquisa para as universidades ou outros setores, em busca de maior salário e condições de trabalho. Esse aspecto já não é tão significativo no momento, mas foi expressivo no passado recente, quando não houve empenho em dar continuidade a grupos de pesquisa instalados, por exemplo na Escola de Saúde Pública e no antigo IPB, integrando-se novos pesquisadores nos cargos vagos.

Em agosto de 94, com a realização da I Conferência Estadual de Ciência e Tecnologia em Saúde, o tema foi debatido, e apontou muito da problemática em diversos eixos como a necessidade de uma política de C & T específica para a saúde, a questão do financiamento e a estrutura do sistema de C & T, a cultura institucional em relação à pesquisa, a questão dos recursos humanos. Porém, o relatório apontou poucas

ações concretas, destacando-se a necessidade de maior repasse de recursos financeiros, bem como de investimento em recursos humanos e sua qualificação para a pesquisa.

Deste, destaca-se a recomendação de que o Conselho Estadual de Saúde tenha um representante no Comitê Assessor da Saúde da FAPERGS e que haja participação das instâncias colegiadas do SUS nos conselhos universitários, atuando inclusive na definição de currículos, considerando a necessidade de democratização e abertura das universidades.

É feita também uma recomendação sobre a cautela no trato de projetos de pesquisa em parceria com instituições privadas, o que é objetivo da política de C&T vigente. As parcerias devem ser estimuladas, entretanto, em relação às universidades, na linha das diretrizes do SUS.

Uma questão altamente crítica para a efetivação de projetos na SSMA é a dramática situação das bibliotecas que sofrem a falta de bibliotecárias e a deficiência de aporte adequado em informática, aquisição de livros, periódicos e bases de dados.

Como propostas para a implementação da pesquisa na SSMA deve ser empreendido um levantamento da produção e cadastro dos pesquisadores em cada centro de pesquisa da SSMA, de modo a dar início ao acompanhamento, difusão e encaminhamento da produção em pesquisa na SSMA.

(arq. CIETEC.DOC)

3.6.8. PROGRAMA DE QUALIDADE NA SSMA

O Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade (PGQP) foi lançado no Estado em outubro de 1992, com o objetivo de estimular e promover ações visando tornar competitivos os produtos e serviços das empresas estaduais, através da melhoria da qualidade e da produtividade. O movimento da Qualidade, na SSMA, teve seu início em 1995, quando a Secretaria identificou algumas áreas críticas, priorizou e ratificou a necessidade de mudança, estabelecendo "Projetos Pilotos de Melhorias", entre eles os referentes a Medicamentos Especiais e Recursos Humanos. Em julho de 1995 foi assinado o Termo de Adesão ao Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP).

As atividades no ano de 1995 ficaram centradas no planejamento e estruturação do PQ na SSMA, tendo sido formados os sub-comitês (superior, promocional e executivo) e elaborada a Matriz de Capacitação onde foi identificado o número de servidores a serem capacitados. Foram, ainda, realizados cursos específicos nas áreas de Educação, o Treinamento e Processo de Avaliação.

No final deste período houve o Processo de Avaliação do PGQP, onde a SSMA atingiu 127,25 pontos, recebendo assim o Prêmio da Qualidade / RS.

Em 1996, o Programa da Qualidade adotou como estratégia de descentralização das ações e maior mobilização dos servidores ao Programa, a elaboração de um Termo de Adesão Adicional (T.A.A.) a ser assinado pelas diversas unidades da Instituição e a execução de um programa de capacitação dos servidores.

Atualmente, na Instituição, contamos com 1.172 servidores capacitados aos princípios e filosofia pela Gestão da Qualidade Total.

Os objetivos do Programa da Qualidade são: despertar a auto-estima dos servidores, facilitar os processos de gestão através das ferramentas da qualidade e oferecer um serviço de saúde resolutivo e qualificado à população. As atividades desenvolvidas e os resultados alcançados estão relacionados no Quadro 21.

A inexistência de estrutura formal, área física, recursos humanos, materiais e financeiros (orçamentários) para a Secretaria Executiva da Qualidade tem dificultado o desenvolvimento do PQ. Tem havido dificuldade em envolver os diversos Departamentos / Assessorias no processo de implantação do PQ; a compartimentalização desses setores na prestação de serviços também é fator que dificulta a implantação.

Mas os maiores problemas são os relativos à falta de credibilidade, por parte do cliente externo, na prestação dos serviços oferecidos, e a desmotivação do cliente interno (servidores com baixa estima) desacreditando nas propostas da Instituição.

Para 1997 será necessário maior apoio técnico e financeiro por parte do programa de Qualidade na Administração Pública (PQAP) através de subsídios à capacitação, produção de material de divulgação, e assessoria direta na Implantação do PQ na SSMA.

(arq. PQT.DOC)

Quadro 21 - Atividades Desenvolvidas e Resultados do Programa da Qualidade, SSMA, 1996

Atividades Desenvolvidas Meta 1996		Resultados Obtidos 1996
1.0 Lançamento do Programa	Lançamento oficial do Programa a todos os órgãos da Instituição	* Atividade parcialmente realizada através do seminários de sensibilização * (1)
2.0 Adesão dos Departamentos / Assessorias / Delegacias Regionais ao Programa da Qualidade	Departamento e Assessorias = 13 Delegacias Regionais de Saúde = 18	100% da meta proposta 100% da meta proposta
3.0 Indicação de Secretário Executivo da Qualidade (SEQ) e Facilitadores	Departamento e Assessorias = 13 Delegacias Regionais de Saúde = 18	100% da meta proposta 100% da meta proposta
4.0 Estruturação dos Comitês Setoriais (por Departamento / Assessorias / DRS)	Departamento e Assessorias = 13 Delegacias Regionais de Saúde = 18	70% da meta proposta (9 Depto. formaram os Comitês setoriais) 72% da meta proposta (13 Delegacias formaram os comitês setoriais)
5.0 Educação e Treinamento	1.000 servidores	58% da meta proposta (581 servidores capacitados ao PQ)
6.0 Plano de Ação Setoriais	Departamentos e Assessorias = 13 Delegacias Regionais de Saúde = 18	15% da meta proposta (2 Depto. elaboraram o plano de Ação setorial) Meta não atingida
7.0 Processo de Avaliação ao PQ	Departamentos e Assessorias = 13 Delegacias Regionais de Saúde = 18	77% da meta proposta (10 Depto / Assessorias realizaram o processo de auto-avaliação) Meta não atingida. (não ocorreu o processo de auto-avaliação nas Delegacias Regionais de Saúde)
8.0 Plano Anual de Melhorias (após o processo de avaliação)	Departamentos e Assessorias = 13 Delegacias Regionais de Saúde = 18	Atividade realizada
9.0 Definição de Indicadores de Resultados	Departamentos e Assessorias = 13 Delegacias Regionais de Saúde = 18	Atividade realizada

Fonte: PQT / SSMA

(1) Realizado em 25/06/97

**GRUPO DE TRABALHO RESPONSÁVEL PELA COORDENAÇÃO DA
ELABORAÇÃO
DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 1997/2000**

Ana Cecília Bastos Stenzel - Assessoria Técnica e de Planejamento

Carmen Degani Tschiedel (coordenadora) - Assessoria Técnica e de Planejamento

Maria Isabel Sana Barretto - Departamento de Assistência Ambulatorial e Hospitalar

Mariana Porto - Departamento de Ações em Saúde

Sílvia Beatriz Czermainski - Escola de Saúde Pública

Apoio Administrativo / Informática:

André Martinelli Santos Silva - Assessoria Técnica e de Planejamento

Denise Zinn Beckel - Assessoria Técnica e de Planejamento

Leonardo Rosa Ribeiro - Assessoria Técnica e de Planejamento

Revisão Final:

Ana Maria Mejolaro Dalla Valle - Coordenadora da Assessoria Técnica e de Planejamento

Marilú Rejane Niches Custódio - Chefe do Núcleo de Programação / ASSTEPLAN