

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

# **PLANO ESTADUAL DE SAÚDE**

## **Atualização para o período 2001-2004**



**GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL**  
Estado da Participação Popular



# **Plano Estadual de Saúde Atualização para o período 2001 – 2004**

## **1- INTRODUÇÃO**

## **2- DIRETRIZES DE GESTÃO ESTADUAL: EIXOS PRIORITÁRIOS**

### **3- DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

- 3.1 Características gerais do Rio Grande do Sul
- 3.2 Características demográficas
- 3.3 Situação de saúde
- 3.4. Sistema gaúcho de atenção à saúde
- 3.5. Recursos humanos para o SUS
- 3.6. Gestão municipal: situação de habilitação
- 3.7. Controle social e Instâncias de pactuação intergestores

### **4- PROJETOS ESTRATÉGICOS**

- 4.1. Descentralização da gestão e regionalização da atenção
- 4.2. Gestão solidária: cooperação técnico-financeira
- 4.3. Aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão
- 4.4. Formação de recursos humanos.
- 4.5. Assistência farmacêutica, sangue e hemoderivados
- 4.6. Saúde do trabalhador
- 4.7. Saúde mental
- 4.8. Urgências e Emergências e Atenção à Gestante de Alto Risco

## **5- AGENDA ESTADUAL DE SAÚDE 2001/2002**

## **6- FINANCIAMENTO**

## **7- CONCLUSÃO**

## 1. INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde, atualizado para o período 2001-2004, insere-se no conjunto de instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde, no âmbito do Rio Grande do Sul, em atenção ao preconizado na legislação nacional e estadual.

Desde 1999, a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, fiel às inovações propostas pela Constituição Federal, pelas Leis Federais 8080/90 e 8142/90 e pelas Conferências de Saúde, vem enfrentando o desafio de implantar efetivamente o Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio Grande do Sul, tendo como objetivo fundamental criar uma rede de ações e serviços, única, descentralizada, voltada à atenção integral e com controle social, construída a partir das reais necessidades e problemas dos usuários e com capacidade de acolhimento e resolutividade às demandas da população.

Esse é o desafio colocado à gestão da saúde, às suas formas de organização e aos modos de permeá-la ao controle social e à articulação entre os gestores. Traduz-se na obrigação legal da cooperação técnica, financeira e operacional, ou seja, de uma gestão solidária entre as esferas de governo, com descentralização do poder, dos recursos financeiros, do gerenciamento e regulação das ações e serviços de saúde.

Para garantir essa determinação legal, é necessário o esforço concreto, intenso e solidário das três esferas de gestão do SUS, dos Conselhos de Saúde e demais instâncias de controle social, dos prestadores públicos e privados de ações e serviços de saúde, do Ministério Público e de outras instituições governamentais e não governamentais que atuam na defesa da saúde e da ampliação da qualidade de vida. Avaliar continuamente essas experiências permite sua reorientação, bem como a produção de tecnologias de gestão descentralizada que ainda fazem falta na cultura nacional.

Este documento expressa um momento do processo de construção do SUS-RS. Nele estão sintetizadas as diretrizes de gestão, o diagnóstico situacional, identificando as condições gerais e de saúde do RS, as prioridades e projetos estratégicos que têm orientado a implementação do SUS como a gestão descentralizada, a regionalização e a melhoria do sistema de atenção em saúde, bem como alternativas inovadoras na cooperação técnica e financeira com os municípios como os projetos de saúde solidária e municipalização solidária.

Com isto o gestor estadual cumpre as diretrizes formuladas e aprovadas em 2000, pela 3ª Conferência Estadual de Saúde - preparatória da 11ª Conferência Nacional de Saúde - a qual foi singular na história da política de saúde no Rio Grande

do Sul, pelo nível de mobilização e participação alcançado. Ela mobilizou, na sua fase preparatória, mais de 30 mil gaúchos em 16 conferências regionais e 304 conferências municipais e contou com 3018 participantes entre delegados e observadores no encontro final.

Este plano aponta ainda a necessidade de continuidade das mudanças introduzidas nesta gestão e apresenta um elenco de prioridades e objetivos da agenda 2001/2002, pactuadas entre os gestores.

## 2. DIRETRIZES DE GESTÃO ESTADUAL: EIXOS PRIORITÁRIOS

Atendendo aos preceitos constitucionais de efetivar o SUS no Estado, a atual gestão da SES/RS elegeu cinco eixos prioritários:

- descentralização da gestão
- regionalização da atenção
- integralidade da atenção
- fortalecimento das instâncias de participação e controle social
- formação em saúde pública para o SUS.

Com a descentralização da gestão e a regionalização da atenção à saúde os gestores do SUS têm como objetivo garantir a atenção necessária à saúde com qualidade, em todo o Rio Grande do Sul. Significa a opção pela criação e pelo fortalecimento das instâncias de pactuação entre os gestores, não somente no âmbito do Estado, como, também, das microrregiões, das regiões e macrorregiões. Significa, ainda, a inversão da cultura vertical de planejamento, de acompanhamento e de organização da atenção à saúde no Estado, mobilizando esforços para a mudança da estrutura técnica e operacional existente, sua qualificação e a emergência de um novo modo de funcionamento, que é o próprio SUS.

A integralidade da atenção à saúde, conforme determinação constitucional, visa superar o modelo assistencial centrado em procedimentos médicos, procurando integrar as diversas áreas técnicas e propor ações intersetoriais que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, a promoção da qualidade de vida e ao atendimento às reais necessidades e problemas de saúde das pessoas, construindo, enfim, novos patamares de saúde coletiva.

A formação em saúde pública para o SUS visa a geração de uma cultura de educação contínua, orientada pelas realidades municipais, locais, regionais, estadual e nacional de construção do sistema de saúde previsto na Constituição. Essa cultura e as ações decorrentes desse eixo devem ser acessíveis aos municípios e viabilizar a integração ensino-serviço e um diálogo permanente entre a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e o conjunto dos órgãos formadores, visando, não apenas a formação de profissionais de saúde no Estado, mas também a ampliação do acesso ao conhecimento e às informações em saúde para a população, de uma forma geral.

A implementação, a efetivação e o fortalecimento das instâncias de controle social e de participação da população constituem-se em outro eixo prioritário da SES/RS, em respeito às prerrogativas legais dessas instâncias, atentando-se para o aperfeiçoamento da definição de especificidades, interfaces e fluxos, o incremento de

atividades de capacitação de conselheiros e o estímulo à regionalização dos fóruns de controle. E, principalmente, no entendimento do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, a ampla e democrática participação dos cidadãos na gestão do Estado, mais que cumprimento do que está na legislação, significa, concretamente, a condição para a inversão de prioridades e o aumento da eficácia das políticas de interesse da maioria da população. A transparência no funcionamento do poder público é um largo passo em direção à democracia plena.

O objetivo do Governo do Estado é o de desprivatizar o Estado, para que sirva aos interesses da maioria da população. Dessa forma, a opção de Governo por eleger projetos estruturantes que priorizam esse aspecto, como o Orçamento Participativo, a Constituinte Escolar e a Municipalização Solidária da Saúde, para citar apenas três exemplos, representa um novo modo de governar. No caso da saúde, o Governo busca garantir e fortalecer a participação e o controle social, com poder deliberativo, como forma de possibilitar a implementação do SUS.

### 3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

#### 3.1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO RIO GRANDE DO SUL

O Estado do Rio Grande do Sul, situado na Região Sul do Brasil, possui uma área territorial de 282.674 Km<sup>2</sup> e é constituído por 497 municípios, dos quais 30 criados em 2001.

Em sua maioria são municípios pequenos. Em 2000, 41,5% destes tinha uma população abaixo de 5.000 habitantes e 65,1 % abaixo de 10.000.

A divisão administrativa na área da saúde no Rio Grande do Sul, está descentralizada através de 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). O atual desenho territorial das coordenadorias foi instituído pelo decreto 40.991 de 17 de agosto de 2001 e está sujeito a ajustes em função do processo de regionalização mais amplo proposto pelo plano diretor.

A saúde foi regionalizada em sete macrorregiões: Centro Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales. A coordenadoria é a instância responsável pela coordenação dos sistemas de saúde microrregionais e módulos assistenciais, correspondentes à sua área de atuação, dentro de uma macrorregião

**Quadro 1 - CRS, Municípios e População**

<b>Denominação / Sede</b>	<b>Municípios</b>	<b>População</b>
<b>1ª CRS – P. Alegre</b>	Alvorada, Araricá, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Dois Irmãos, Estância Velha, Esteio, Glorinha, Gravataí, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Portão, Porto Alegre, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Viamão (24 municípios)	<b>3.381.940</b>
<b>2ª CRS – P. Alegre</b>	Arambaré, Arroio dos Ratos, Barão, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Brochier, Butiá, Camaquã, Cambará do Sul, Capela de Santana, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chuvisca, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Guaíba, Harmonia, Igrejinha, Maratá, Mariana Pimentel, Minas do Leão, Montenegro, Pareci Novo, Parobé, Riozinho, Rolante, Salvador do Sul, São Francisco de Paula, São Jerônimo, São José do Hortêncio, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Cai, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes, Taquara, Três Coroas, Triunfo, Tupandi, Vale Verde (42 municípios)	<b>709.839</b>
<b>3ª CRS – Pelotas</b>	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santana da Boa Vista, Santa Vitória do Palmar, São José do Norte, São Lourenço do Sul, Turuçu (22 municípios)	<b>836.864</b>

<b>4ª CRS – Sta. Maria</b>	Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Ivorá, Jaguarí, Jari, Júlio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Tupanciretã, Unistalda, Vila Nova do Sul (30 municípios)	<b>532.018</b>
<b>5ª CRS – Caxias do Sul</b>	Alto Feliz, Antônio Prado, Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Bom Jesus, Bom Princípio, Campestre da Serra, Canela, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Coronel Pilar, Cotiporã, Dois Lajeados, Esmeralda, Fagundes Varela, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Garibaldi, Gramado, Guabiju, Guaporé, Ipê, Jaquirana, Linha Nova, Monte Alegre dos Campos, Monte Belo do Sul, Muitos Capões, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Prata, Nova Roma do Sul, Paraí, Picada Café, Pinhal da Serra, Pinto Bandeira, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, São José dos Ausentes, São Marcos, São Vendelino, União da Serra, Vacaria, Vale Real, Veranópolis, Vila Flores, Vista Alegre do Prata (50 municípios)	<b>953.995</b>
<b>6ª CRS – Passo Fundo</b>	Água Santa, Almirante Tamandaré do Sul, Alto Alegre, André da Rocha, Barracão, Cacique Doble, Camargo, Campos Borges, Capão Bonito do Sul, Carazinho, Casca, Caseiros, Ciriaco, Coqueiros do Sul, Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Espumoso, Gentil, Ibiaçá, Ibiraiaras, Ibirapuitã, Lagoão, Lagoa dos Três Cantos, Lagoa Vermelha, Machadinho, Marau, Mato Castelhano, Maximiliano de Almeida, Montauri, Mormaço, Muliterno, Não-Me-Toque, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Paim Filho, Passo Fundo, Pontão, Sananduva, Santa Cecília do Sul, Santo Antônio do Palma, Santo Antônio do Planalto, Santo Expedito do Sul, São Domingos do Sul, São João da Urtiga, São José do Ouro, Serafina Corrêa, Sertão, Soledade, Tapejara, Tapera, Tio Hugo, Tunas, Tupanci do Sul, Vanini, Victor Graeff, Vila Lângaro, Vila Maria (58 municípios)	<b>564.352</b>
<b>7ª CRS – Bagé</b>	Acegua, Bagé, Caçapava do Sul, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra, Lavras do Sul (7 municípios)	<b>216.592</b>
<b>8ª CRS – Cachoeira do Sul</b>	Agudo, Arroio do Tigre, Cachoeira do Sul, Cerro Branco, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Novo Cabrais, Paraíso do Sul, Passa Sete, Segredo, Sobradinho (13 municípios)	<b>193.337</b>
<b>9ª CRS – Cruz Alta</b>	Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Ingra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul, Selbach (12 municípios)	<b>136.012</b>
<b>10ª CRS – Alegrete</b>	Alegrete, Barra do Quaraí, Itacurubi, Itaqui, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Borja, São Gabriel, Uruguaiana (13 municípios)	<b>558.460</b>
<b>11ª CRS – Erechim</b>	Aratiba, Áurea, Barão de Cotegipe, Barra do Rio Azul, Benjamin Constant do Sul, Campinas do Sul, Carlos Gomes, Centenário, Charrua, Cruzaltense, Entre Rios do Sul, Erebangó, Erechim, Erval Grande, Estação, Faxinalzinho, Floriano Peixoto, Gaurama, Getúlio Vargas, Ipiranga do Sul, Itatiba do Sul, Jacutinga, Marcelino Ramos, Mariano Moro, Paulo Bento, Ponte Preta, Quatro Irmãos, São Valentim, Severiano de Almeida, Três Arroios, Viadutos (31 municípios)	<b>217.714</b>
<b>12ª CRS – Santo Ângelo</b>	Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezessis de Novembro, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, PortoXavier, Olador, Roque Gonzáles, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama, Vitória das Missões (24 municípios)	<b>236.018</b>
<b>13ª CRS – Santa Cruz do Sul</b>	Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pântano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Venâncio Aires, Vera Cruz (12 municípios)	<b>308.348</b>

<b>14ª CRS – Santa Rosa</b>	Alecrim, Alegria, Boa Vista do Buricá, Campina das Missões, Cândido Godói, Doutor Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São José do Inhacorá, <del>ão Paulo das Missões</del> , Senador Salgado Filho, Três de Maio, Tucunduva, Tuparendi (22 municípios)	<b>235.846</b>
<b>15ª CRS – Palmeira das Missões</b>	Barra Funda, Boa Vista das Missões, Braga, Cerro Grande, Chapada, Constantina, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Miraguá, Nova Boa Vista, Novo Barreiro, Novo Xingú, Palmeira das Missões, Redentora, Ronda Alta, Rondinha, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões, Sarandi, Três Palmeiras, Trindade do Sul (26 municípios)	<b>163.806</b>
<b>16ª CRS – Lajeado</b>	Anta Gorda, Arroio do Meio, Arvorezinha, Barros Cassal, Bom Retiro do Sul, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Colinas, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Doutor Ricardo, Encantado, Estrela, Fazenda Vilanova, Fontoura Xavier, Forquetinha, Ilópolis, Imigrante, Itapuca, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Brésia, Paverama, Poço das Antas, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim do Sul, Sério, Tabaí, Taquari, Teutônia, Travesseiro, Vespasiano Correa, Westfália (40 municípios)	<b>338.193</b>
<b>17ª CRS – Ijuí</b>	Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Campo Novo, Catuípe, Chiapetta, Condor, Coronel Barros, Crissiumal, Humaitá, Ijuí, Inhacorá, Jóia, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto, São Martinho, São Valério do Sul, Sede Nova (20 municípios)	<b>221.314</b>
<b>18ª CRS – Osório</b>	Arroio do Sal, Balneário Pinhal, Capão da Canoa, Capivari do Sul, Caraá, Cidreira, Dom Pedro de Alcântara, Imbé, Itati, Mampituba, Maquiné, Morrinhos do Sul, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares, Terra de Areia, Torres, Tramandaí, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Xangri-lá (22 municípios)	<b>293.115</b>
<b>19ª CRS – Frederico Westphalen</b>	Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Bom Progresso, Caiçara, Cristal do Sul, Derrubadas, Erval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Iraí, Liberato Salzano, Nonoai, Novo Tiradentes, Palmitinho, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Rio dos Índios, Rodeio Bonito, Seberi, Taquaruçu do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista Alegre, Vista Gaúcha (29 municípios)	<b>212.056</b>
<b>TOTAL (19 CRS)</b>	<b>497 MUNICÍPIOS</b>	<b>10.309.819</b>

Fonte: ASTEPLAN/SES/RS - Pop: IBGE estimativa 2001

OBS.: Inclui os 30 municípios criados em 1º. de janeiro de 2001, com população estimada para 2001.

A importância do Estado, em níveis regional e nacional, é revelada pela sua participação no Produto Interno Bruto - PIB. Em nível regional, manteve uma posição em torno de 46% entre 1985/1995. Em nível nacional, tem apresentado taxas crescentes de participação no PIB, passando de 7,9%, em 1985 para 8,3%, em 1995, e 8,7%, em 2000. A economia gaúcha apresentou uma taxa de crescimento de 10,7%, superior aos 0,8% do país como um todo, e situou-se em primeiro lugar em Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no país, correspondendo este a 0,869 (1998). A base econômica do estado é representada pelo setor de serviços, seguida pela indústria, agricultura e construção. Em 1999, 42,4% da população ocupada eram empregados e 22,4% trabalhavam por conta própria. É significativo o percentual de não remunerados, provavelmente em decorrência de relações de trabalho familiares na agricultura. É

significativa a concentração da população ocupada na região metropolitana de Porto Alegre: 30% do total do estado, sendo 53,4% como trabalhadores empregados.

Em relação à cobertura de serviços de saneamento básico observa-se uma situação ainda peculiar em relação ao esgotamento sanitário. Em 1999, 91% dos domicílios urbanos do estado eram ligados à rede de água, mas apenas 12,1% eram ligados à rede de esgoto. A média brasileira era de 89,2 e 52,5%, respectivamente. No RS predomina, ainda, o sistema de fossa séptica em 71,5% dos domicílios urbanos. A coleta de lixo, no entanto, atinge a quase totalidade dos domicílios urbanos (94,5%).<sup>1</sup>

Os dados de saneamento básico, existentes por município, apresentam desigualdades das populações das regiões no acesso ao serviço de esgotamento sanitário, apresentando os menores índices em Passo Fundo.

Segundo o IBGE, em 1991 apenas 11,98% dos domicílios urbanos do município eram ligados à rede de esgoto e 14,45% tinham fossa séptica. Há necessidade de uma reanálise, com base nos dados atuais, quando estes forem disponibilizados.

### **3.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS**

Os dados demográficos do IBGE indicam um expressivo acréscimo da população e do grau de urbanização, no estado, entre 1970 e 2000. A população passou de 6.755.458 habitantes, em 1970, para 10.082.133 em 2000. A taxa de urbanização, que era de 53,3% em 1970, passou para 81,6%, em 2000, apresentando-se ligeiramente acima à média nacional, que foi de 81,2%.<sup>2</sup>

A população do Estado vem crescendo a uma taxa de 1,22%, inferior à taxa brasileira (1,63%) no período 1991-2000, e apresenta uma taxa de fecundidade de 2,1 também inferior à média do País, que foi de 2,9 em 1999.

A distribuição da população por idade indica uma tendência ao envelhecimento da população. Entre 1980 e 1996, houve diminuição percentual da população nos grupos de 0 a 14 anos e aumento nos de 15-59 e de mais de 60 anos. Continua expressivo o percentual de gaúchos menores de 19 anos. Quanto ao gênero, a distribuição é equilibrada. Em 2000, as mulheres representavam 50,4% da população.

---

<sup>1</sup> Fundação IBGE. Contas Regionais do Brasil. 1985-1997 (CD-ROM), 1999. Tabulação especial NESUR-IE/UNICAMP. In NEPO/UNICAMP. Aglomerados de Saúde. Rio Grande do Sul, 2001.

<sup>2</sup> Fundação IBGE: Censo Demográfico de 1970 e Dados Preliminares do Censo de 2000. (Taxa de urbanização obtida através de tabulações especiais do NEPO/UNICAMP. Aglomerados de Saúde. Rio Grande do Sul. 2001)

Esse quadro sugere que os gestores do sistema de saúde devem estar atentos às novas demandas que surgem no bojo desse processo de mudança populacional, com planejamento de ações de atenção voltadas para jovens e adultos e idosos.

- **Distribuição Espacial da População**

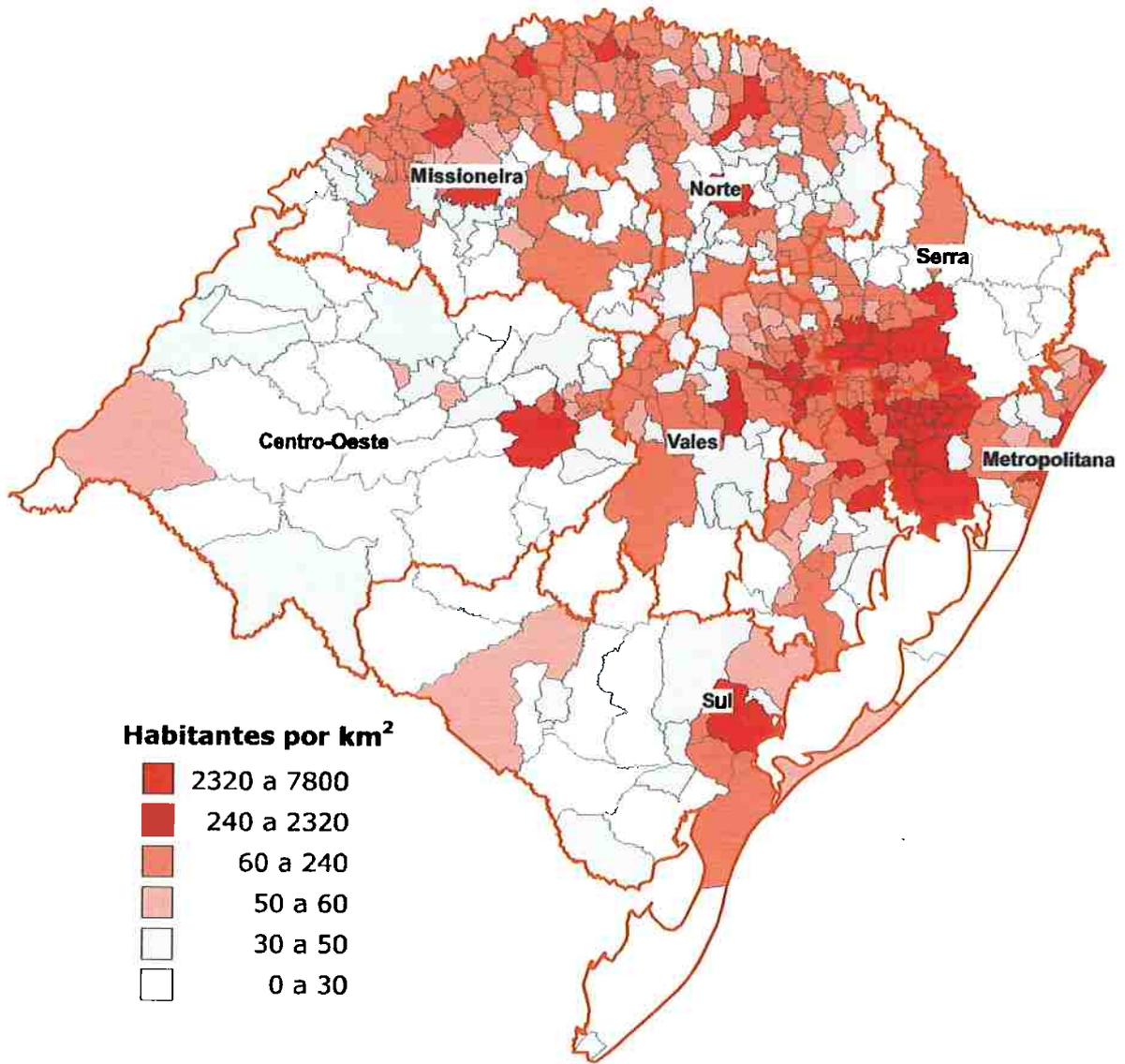
Outra dimensão importante, do ponto de vista demográfico, é o grau de concentração/dispersão da população. No Rio Grande do Sul, a população concentra-se, de forma bastante acentuada, na Região Metropolitana de Porto Alegre, onde atinge uma densidade que ultrapassa a casa dos 2000 habitantes por km<sup>2</sup>. Em regiões menos habitadas do Estado, como as próximas às fronteiras sul e sudoeste do Estado, a densidade demográfica desce à faixa dos 20 habitantes/km<sup>2</sup> – ou menos. Além da Região Metropolitana, há uma maior concentração demográfica na região Norte.

A movimentação intermunicipal da população gaúcha é também um aspecto importante a observar. Entre 1991 e 2001, nota-se que o movimento se deu reforçando a concentração existente. O ganho de população dos municípios da Região Metropolitana foi nitidamente mais forte que o dos demais. Fica evidente, ainda, a região que, em números absolutos, mais perdeu população neste período: a formada pelos municípios situados nas regiões norte e noroeste do Estado.

As diferenças na composição da estrutura etária não parecem ser muito significativas entre as regiões, conforme estudo realizado pela UNICAMP.

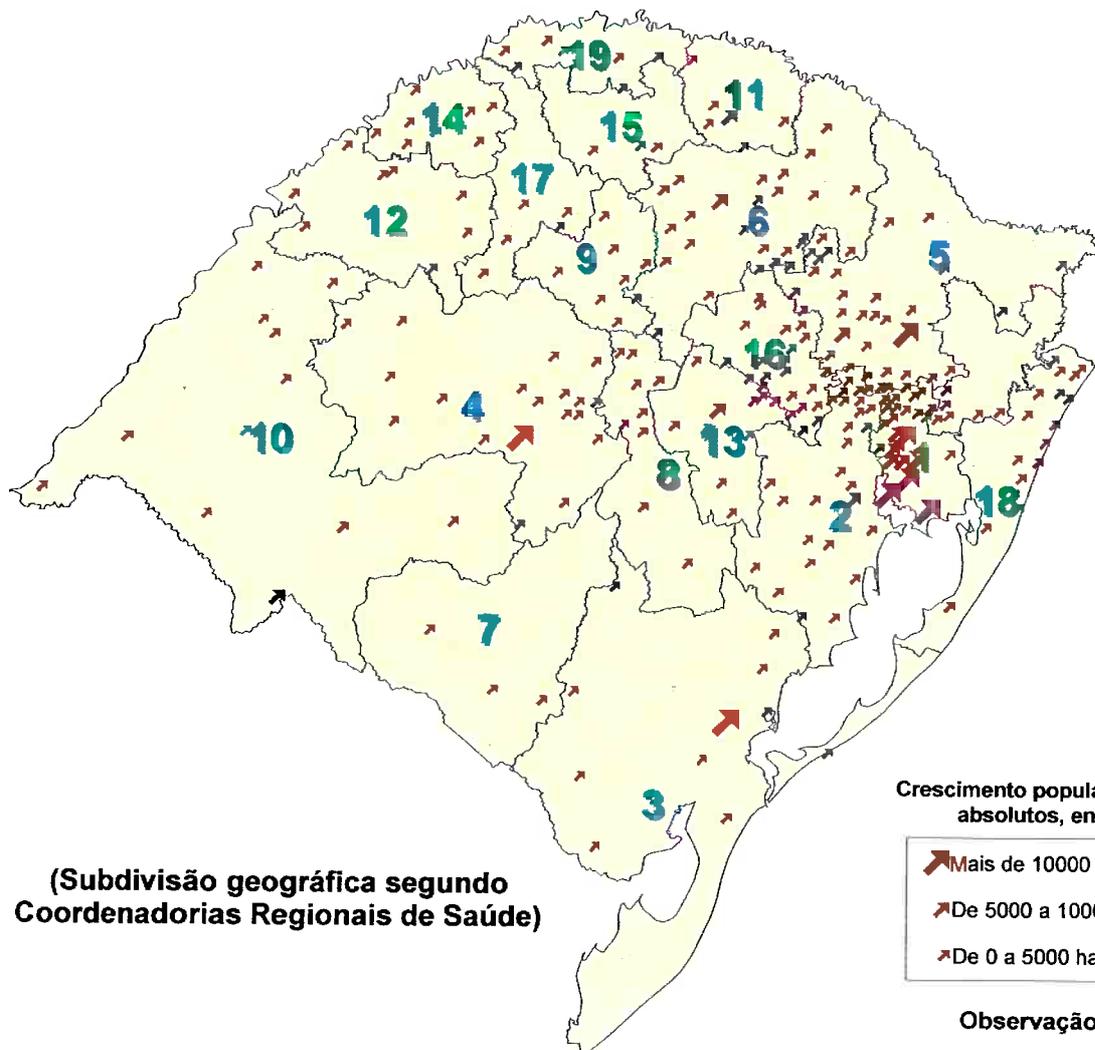
# Rio Grande do Sul

## Densidade Demográfica (2000)



# Rio Grande do Sul

## Áreas com Crescimento Demográfico entre 1998 e 2001



Observação: Os demais municípios apresentaram crescimento negativo.

### 3.3. SITUAÇÃO DE SAÚDE

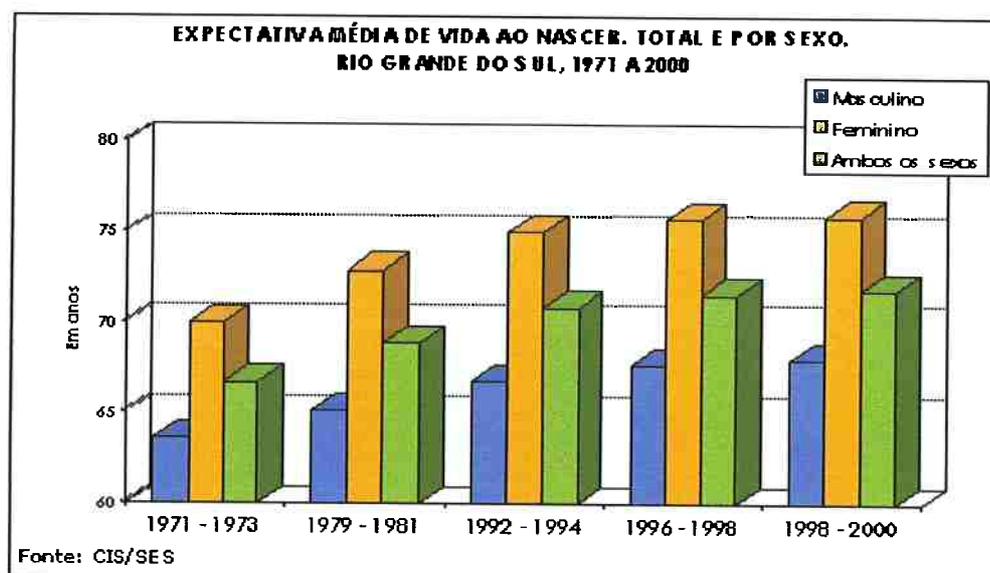
Alguns indicadores epidemiológicos, analisados a seguir, mostram uma melhoria geral da situação de saúde da população, provavelmente decorrente não apenas de avanços no diagnóstico e tratamento de diversos agravos, como também da melhoria geral da qualidade de vida.

- **Expectativa Média de Vida ao Nascer**

A situação favorável do Rio Grande do Sul, quanto à qualidade de vida da população, é evidenciada pela mais alta taxa de esperança de vida ao nascer, do Brasil. Esta passou de 66,7 anos, em 1972, para 71,8, em 2000. Em relação ao gênero, passou de 63,6 anos, entre os homens, em 1972, para 67,95, em 2000; entre as mulheres era de 70 anos, em 1972, e aumentou para 75,82, em 2000. Nesse ano, para o conjunto da população brasileira essa expectativa era de 66 anos.<sup>3</sup>

Este aumento da esperança média de vida ao nascer reflete, principalmente, o declínio dos níveis de fecundidade total e uma mudança no perfil de mortalidade no Estado. O número médio de filhos por família, que em 1940 era de 5,08, passou, no ano 2000, para 2,1 e, paralelamente, houve uma grande redução na mortalidade infantil, o que também demonstra uma variação positiva do Estado em relação ao País como um todo.

Gráfico 1



<sup>3</sup> Fundação IBGE. Estes dados e seguintes foram trabalhados pelo CIS/SES.RS

- **Índices de Mortalidade**

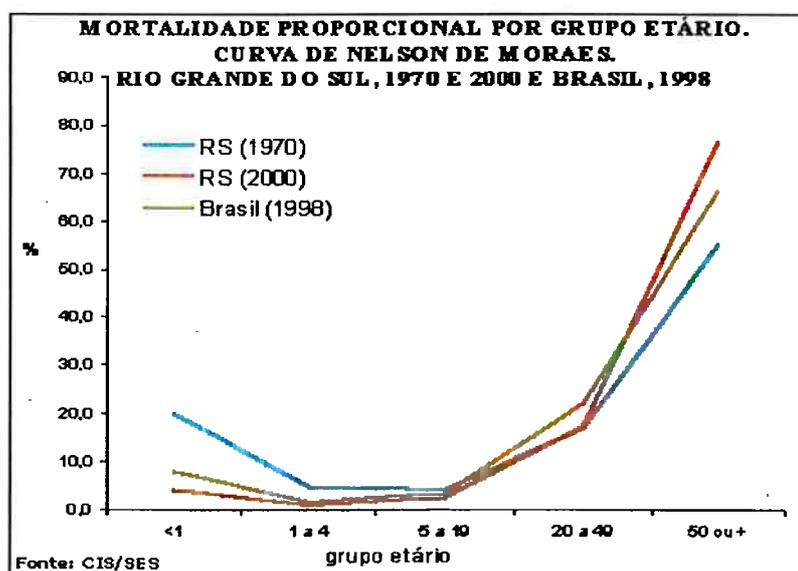
Os indicadores gerais de mortalidade demonstram uma evolução positiva, sejam considerados os dados em seu conjunto ou estratificados.

A análise indica uma mudança no perfil epidemiológico no Estado, com um quadro de mortalidade característico de regiões desenvolvidas. As doenças crônico-degenerativas constituem-se nas principais causas de morte, em detrimento das doenças infecciosas e parasitárias e das relacionadas à mortalidade materna.

- **Mortalidade Proporcional por Grupo Etário**

A mortalidade proporcional comparada, por grupo etário, revela uma diminuição de 20%, em 1970, para 4%, em 2000, na proporção das mortes de menores de um ano e um aumento, no grupo de 50 anos ou mais de idade, de 55%, em 1970, para 76%, em 2000, o que caracteriza a curva de mortalidade em forma de “J”, refletindo uma considerável melhoria no quadro de saúde da população.

**Gráfico 2**

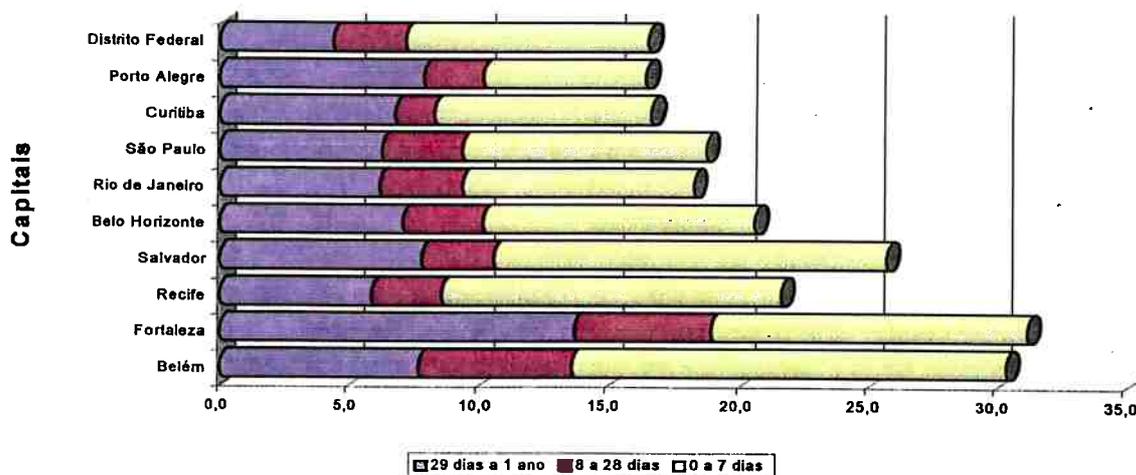


- **Mortalidade Infantil**

O Rio Grande do Sul situa-se entre os estados com os menores coeficientes de Mortalidade Infantil do País. Um estudo sobre as capitais das regiões metropolitanas brasileiras mostra as cidades de Porto Alegre, o Distrito Federal e Curitiba, como apresentando os mais baixos índices de mortalidade infantil do país.

### Gráfico 3

#### Coefficientes de Mortalidade Infantil por faixa etária segundo capitais das regiões metropolitanas do Brasil - 1998



	Belém	Fortaleza	Recife	Salvador	Belo Horizonte	Rio de Janeiro	São Paulo	Curitiba	Porto Alegre	Distrito Federal
29 dias a 1 ano	7,7	13,7	5,9	7,8	7,1	6,2	6,3	6,8	7,9	4,4
8 a 28 dias	5,9	5,2	2,7	2,8	3,1	3,2	3,1	1,5	2,3	2,8
0 a 7 dias	16,8	12,3	13,0	15,1	10,4	8,8	9,3	8,3	6,2	9,3

Fonte: REVISTA USP, São Paulo, n.51, p. 86-103, setembro/novembro 2001

Nos últimos trinta anos, o coeficiente de mortalidade infantil no Estado apresentou um sensível decréscimo, passando de 48,4 por 1.000 nascidos vivos, em 1970, para 15,01, em 2000, o que é significativamente menor que os 33,7 por mil verificados no conjunto do País.

Seus dois componentes principais, a mortalidade neonatal (0 a 27 dias) e a pós-neonatal ou infantil tardia (28 a 364 dias), também diminuíram, respectivamente de 19,4 para 9,5 e de 28,7 para 5,6 por 1.000 nascidos vivos. No Brasil, o componente neonatal é de 19,8 e o infantil tardio é de 13,33 por 1.000 nascidos vivos.

Observa-se que a partir de 1981 ocorreu uma inversão nos índices dos componentes e a mortalidade infantil tardia passou a ser inferior à neonatal. Isto se explica pela grande redução na mortalidade por doenças infecto-contagiosas, principalmente a diminuição da mortalidade por diarreia. Contribuíram para esta diminuição a introdução da terapia de rehidratação oral, e a melhoria nas condições de saneamento, especialmente, um maior acesso da população à água potável. Embora tenha havido também uma diminuição nas causas neonatais e perinatais, esta não foi tão intensa como a queda na mortalidade infantil tardia. A redução da mortalidade infantil neonatal deve-se, principalmente, a uma melhor atenção pré-natal.

Comparando os principais diagnósticos da mortalidade infantil nos anos de 1970 e 2000, salienta-se, em 2000, a importância das causas perinatais e anomalias congênitas.

Observa-se, nos últimos trinta anos, uma redução mais acentuada para as causas infecciosas e respiratórias, uma redução, menos intensa, das causas perinatais e a inalteração na tendência da mortalidade por anomalias congênitas.

Há uma tendência decrescente da mortalidade por pneumonia, o que pode ser avaliado como um resultado positivo das ações de Controle das Doenças Respiratórias Agudas (DRAs) no Estado, especialmente nos meses de inverno. Em relação a 1999, houve uma redução de 20,24 % nos óbitos, por Pneumonia, em menores de um ano (163 óbitos em 1999 e 130 óbitos em 2000).

A continuidade da tendência de diminuição da mortalidade infantil será mais ou menos acentuada, dependendo, principalmente, do acesso e da qualidade da atenção pré-natal e assistência ao parto.

Entre as regiões a variação é também bastante significativa. Em 2000, os coeficientes variaram de 11,0 por mil nascidos vivos na região da Serra a 18,6 na região Centro Oeste. Observa-se, no entanto, que no período de 1998 a 2000, houve um decréscimo do número de óbitos em menores de um ano em todas as macrorregiões.

**Tabela 1 - Mortalidade Infantil no Rio Grande do Sul, 1998, 1999, 2000**

Macrorregiões	Nº de óbitos						Coeficientes					
	<28 dias			<1 ano			Mort. Infantil			Mort. Neonatal		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000
<b>Centro-Oeste</b>	256	233	237	417	351	357	21,4	17,2	18,6	13,1	11,4	12,4
<b>Metropolitana</b>	664	694	690	1258	1128	1153	16,1	13,6	14,5	8,5	8,4	8,6
<b>Missioneira</b>	141	159	144	232	226	198	15,4	15,3	14,1	9,4	10,8	10,2
<b>Norte</b>	183	187	156	296	286	259	15,8	15,1	14,4	9,8	9,8	8,7
<b>Serra</b>	157	127	102	242	193	158	16,5	12,9	11,0	10,3	8,5	7,1
<b>Sul</b>	238	236	205	383	363	315	22,0	19,9	18,4	13,7	12,9	12,0
<b>Vales</b>	145	144	137	243	230	210	17,5	16,1	15,8	10,5	10,1	10,3
<b>RS</b>	1784	1780	1671	3071	2777	2650	17,3	15,0	15,1	10,0	9,6	9,5

Fonte: CIS-SES/RS

As informações contidas no SINASC permitem uma apreciação da distribuição de algumas características maternas e dos recém-nascidos e que apontam problemas na atenção à saúde da mulher e da criança.

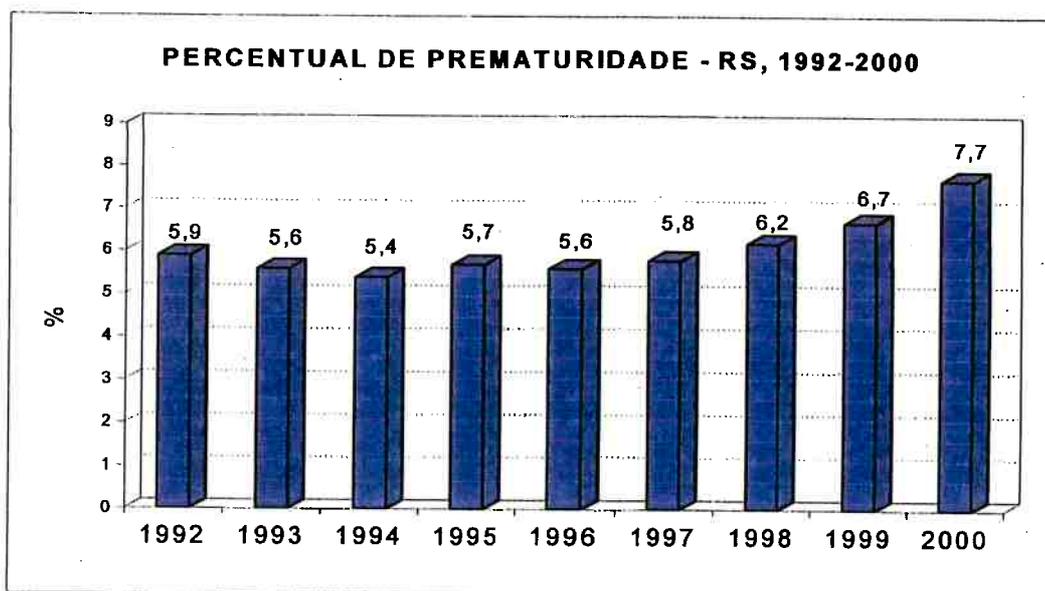
Ao analisarmos o índice de consultas de pré-natal, por gestação, verifica-se que apenas 50,7% das gestantes tiveram acesso, em 2.000, a mais de seis consultas de pré-natal, número considerado mínimo adequado pelo Ministério da Saúde, o que reflete uma deficiência de cobertura assistencial nessa área.

A proporção de partos cesários, que começara a declinar a partir de 1997, voltou a crescer, tendo atingido, em 2000, a proporção de 41% dos partos.

Outros indicadores que permitem avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto são a prematuridade e o baixo peso ao nascer, ambos fatores de risco para o recém-nascido e que incidem preponderantemente na mortalidade neonatal.

Com relação ao peso do recém-nascido, os dados para o conjunto do Estado apresentam pesos médios acima do que é considerado baixo peso, ou seja, acima de 2.500g. Isto, no entanto pode esconder as diferenças regionais e o problema das cidades-pólo. Um estudo comparativo entre as capitais brasileiras apontou que, em 1988, 9,4% de crianças nasceram com baixo peso em Porto Alegre, índice relativamente alto, considerando-se que Belém e Fortaleza apresentaram índices de 8,0 e 7,8%<sup>4</sup>. Este estudo mostra que a falta de correlação entre taxas de mortalidade infantil e peso baixo, deve-se principalmente a vários fatores que vão desde os problemas na qualidade da aferição do peso, quanto no preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. Os índices de prematuridade indicaram uma tendência a aumentar entre 1992 a 2000, no Rio Grande do Sul.

**Gráfico 4**

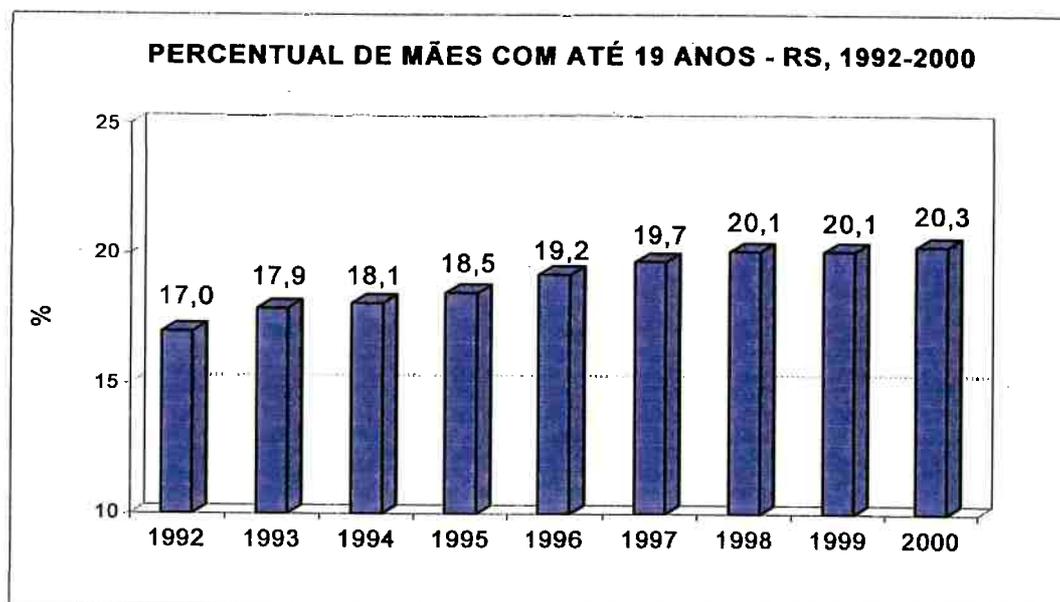


Fonte: CIS-SES/RS

<sup>4</sup> LEAL e GAMA. Op.cit.

Outro aspecto relevante no sentido de representar fator de risco gestacional é a idade materna. É preocupante, particularmente, a gestação na adolescência, por seu impacto não só epidemiológico, como também social. Este fenômeno vem se comportando de maneira ascendente, sendo que em 2000, 20,3% dos partos foram em mulheres com idade inferior a 19 anos, contra 19,1% em 1988. Além disso, 18% das cesáreas são em partos de adolescentes. Ainda, segundo estimativas da OMS – Organização Mundial de Saúde, um terço das mulheres que buscam atendimento hospitalar por complicações de abortos são adolescentes, o que aumenta o risco de mortalidade materna nesta faixa etária.

**Gráfico 5**



Fonte: CIS-SES/RS

Há um consenso na literatura sobre o maior risco de baixo peso ao nascer e óbito peri e neonatal entre recém-nascidos de mulheres mais velhas (igual e mais de 35 anos). Em relação a outras capitais, Porto Alegre apresentava em 1988 a mais alta proporção de mães nessa faixa etária, 14,3%, contra 4,8% em Belém e 6,4% em Recife.<sup>5</sup> Em 2000, essa proporção se elevou para 15%.

Quanto à eficiência de ações de controle e prevenção, pode-se observar que a cobertura vacinal em menores de 1 ano apresenta, entre 1990 e 2000, níveis crescentes de cobertura, notadamente satisfatórios, em 2000. A Triagem Neonatal,

<sup>5</sup> Idem, ibidem

implantada recentemente, apresentou cobertura insuficiente. Em 2001 espera-se a ampliação da cobertura.

**Tabela 2 - Cobertura Vacinal - Cobertura Vacinal – RS, 1990 a 2000**

VACINA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
POLIO	68.5	83.4	91.1	89.6	90.5	96.5	79.9	91.2	94.4	94.7	98.1
DPT	67.1	83.2	91.2	89.7	90.3	96.5	78.8	90.7	94.8	95.3	98.2
SARAMPO	72.1	83.4	94.5	87.8	89.1	97.5	84.4	97.1	90.7	94.1	96.5
BCG	64.0	83.2	93.8	99.7	100.0	100.0	96.7	100.0	100.0	100.0	100.0
HEPATITE B										100.0	95.5

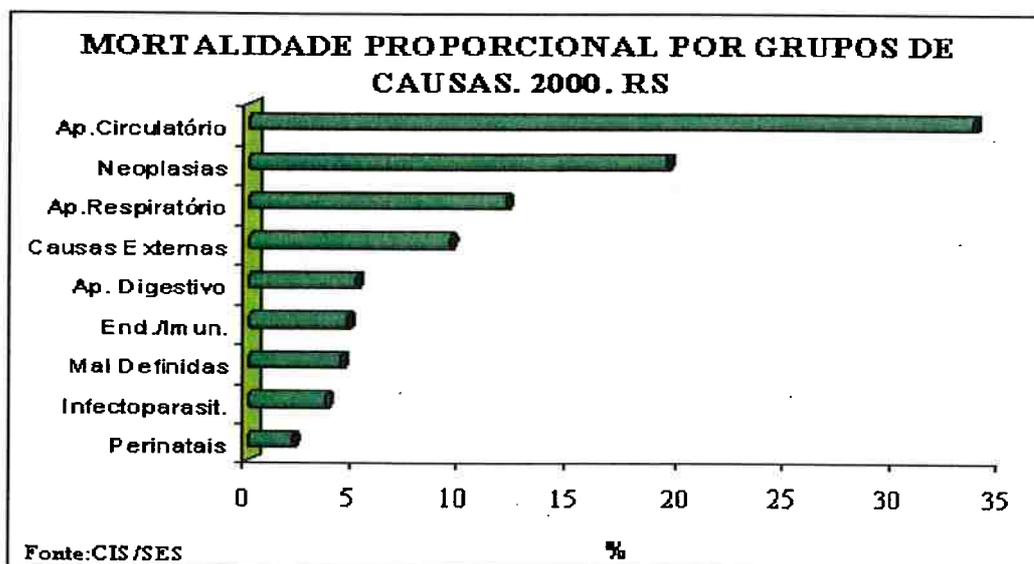
Fonte: SES-RS

### • Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas

Observando-se os dados de mortalidade, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID) no RS, 33% das mortes devem-se às doenças do aparelho circulatório, aparecendo em segundo lugar as neoplasias. A terceira causa de mortes no Estado são as doenças do aparelho respiratório e a quarta são as causas externas (mortes acidentais ou violentas). Em quinto lugar no Estado, está a mortalidade por causas digestivas. As causas mal definidas aparecem em sétimo lugar, apresentando um importante declínio no período 1970-2000, o que demonstra uma melhoria dos diagnósticos, bem como da qualidade do preenchimento das declarações de óbito, principais fontes de notificação da mortalidade.

No Brasil, dados de 1998 informam, também, em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório, mas nos demais grupos, a ordem se inverte: em segundo surgem as causas externas, em terceiro as neoplasias e em quarto lugar as doenças do aparelho respiratório.

**Gráfico 6**



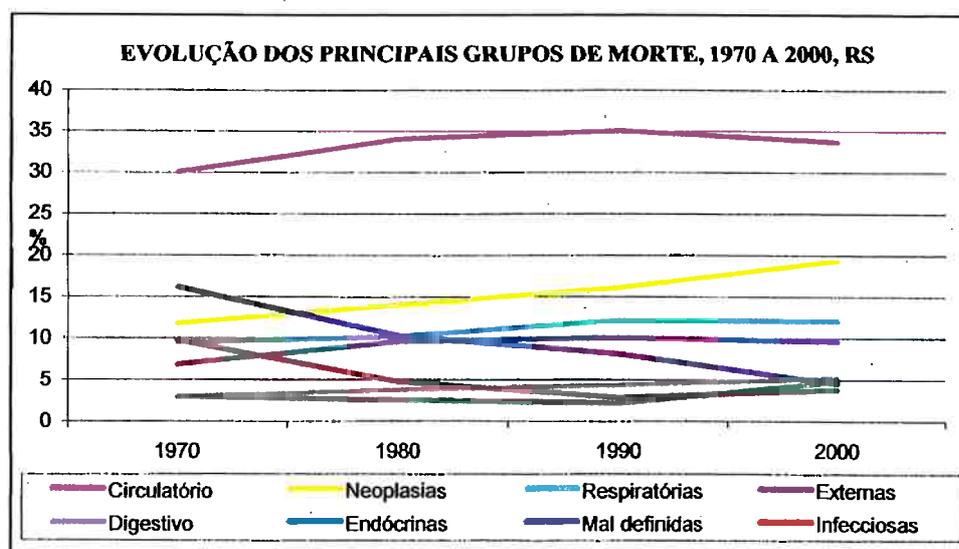
A análise das principais causas de morte da população gaúcha mostra que ocorreu uma mudança no perfil de mortalidade nos últimos trinta anos. Permanece em primeiro lugar o grupo das doenças do aparelho circulatório, responsável por mais de 30% da mortalidade. Observa-se, entretanto, que houve pouca variação neste percentual durante o período de estudo. A maior variação ocorreu no grupo das causas mal definidas, que diminuiu de 16% para 4%. A mortalidade por neoplasias aumentou, de 11% para 19%. Também se observa aumento na proporção de mortes por causas externas e por doenças do aparelho digestivo. O grupo de mortalidade por doenças infecto-contagiosas, que vinha diminuindo consideravelmente, sofreu um aumento, principalmente a partir de 1996. Isso provavelmente deve-se ao fato de que AIDS passou a ser incluída no grupo das infecto-contagiosas e não mais no grupo das endócrinas, nutricionais e imunológicas.

**Tabela 3 - Evolução Proporcional da Mortalidade por Grupos de Causas Rio Grande do Sul, 1970 a 2000**

GRUPOS	1970	1980	1990	2000
CIRCULATÓRIO	30.1	34	35	33.7
NEOPLASIAS	11.7	14	16	19.3
RESPIRATÓRIAS	9.4	10.1	12.1	12.0
EXTERNAS	6.8	9.5	10.0	9.5
DIGESTIVO	2.9	3.7	4.3	5.1
ENDÓCRINAS	2.9	2.5	2.1	4.7
MAL DEFINIDAS	16.1	10.2	8.0	4.3
INFECCIOSAS	9.7	4.7	2.8	3.7

Fonte: CIS/SES

### Gráfico 7



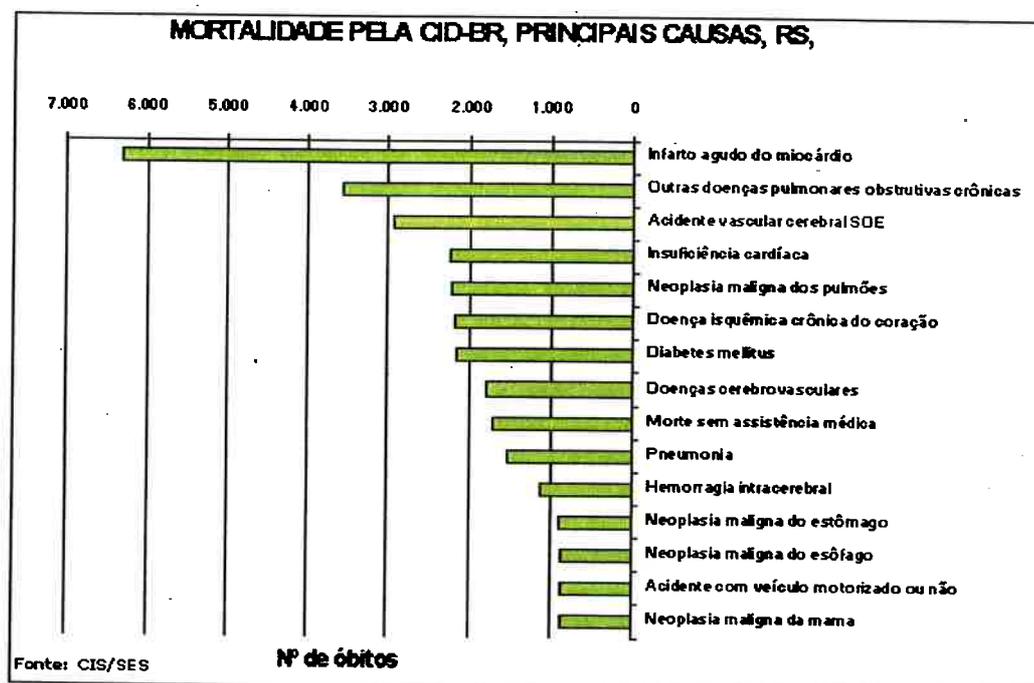
Fonte: CIS-SES/RS

- **Principais Causas de Morte, por Grupos de Causas**

A principal causa de morte no Rio Grande do Sul, em 2000, foi Infarto Agudo do Miocárdio, seguida das doenças pulmonares obstrutivas crônicas, sendo, a terceira causa, o Acidente Vascular Cerebral.

Chama a atenção o fato de a mortalidade por Diabetes mellitus ocupar o sétimo lugar; as mortes sem assistência médica, o nono lugar; e as pneumonias, o décimo lugar, indicando a necessidade de ampliação do acesso da população aos serviços básicos de saúde.

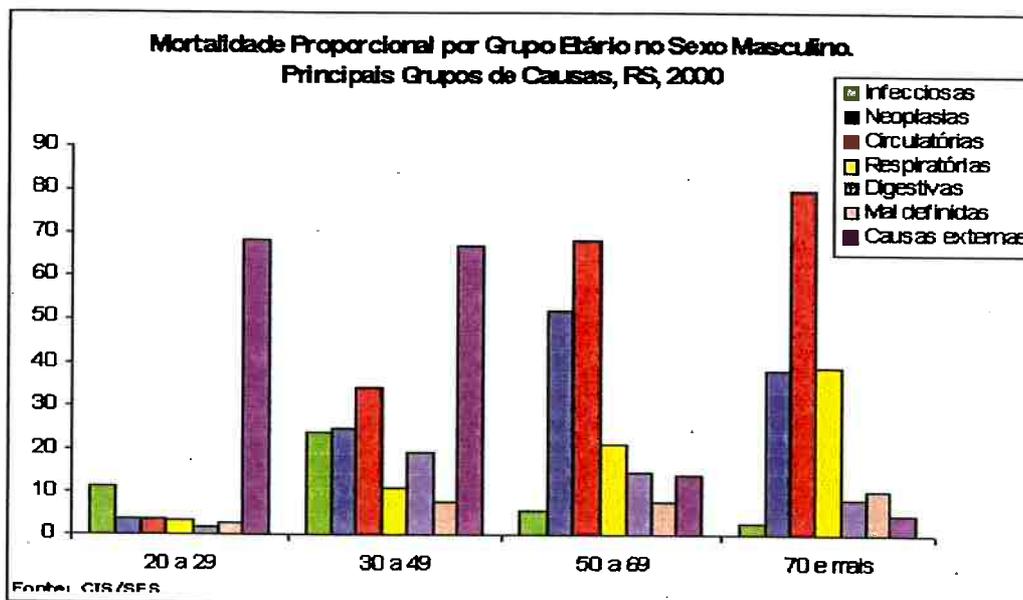
**Gráfico 8**



- **Mortalidade Proporcional por Grupo de Causas, Gênero e Faixa Etária**

A análise da mortalidade, considerando o gênero, mostra que as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias foram, respectivamente, os principais grupos de causas de morte para os sexos masculino e feminino no Estado, em 2000. A seguir, colocaram-se as causas externas, para o grupo masculino, e as doenças respiratórias, para o feminino.

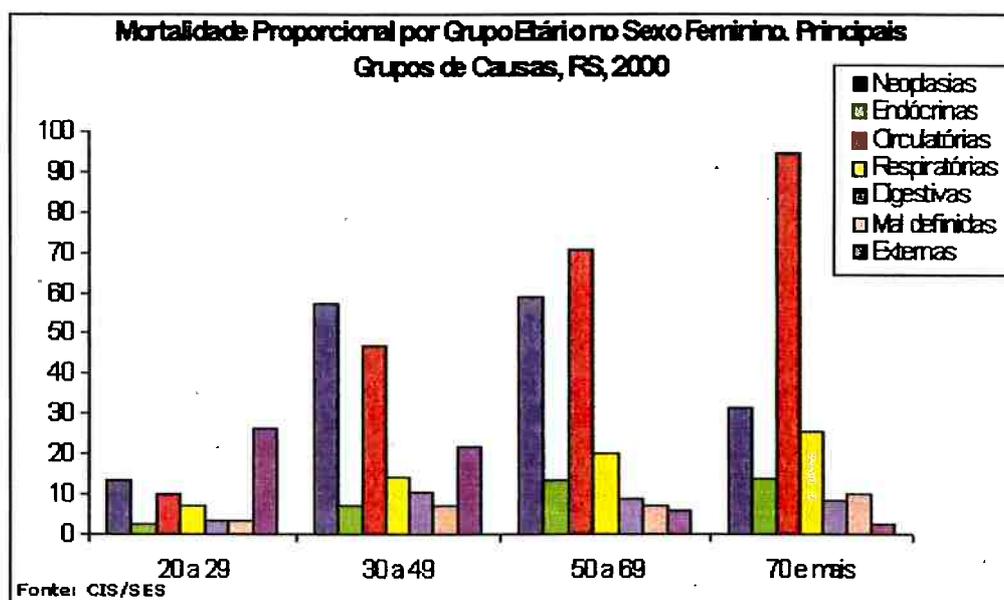
**Gráfico 9**



Tomando como referência, além do gênero, o grupo etário, notam-se variações importantes no perfil de mortalidade por grupo de causas. Conforme pode ser observado nos gráficos abaixo prevalecem, para homens e mulheres, as causas externas como as principais causas de morte no grupo de 20 a 29 anos. No grupo de 30 a 49 anos, as causas externas continuam em primeiro lugar, no sexo masculino, enquanto, no sexo feminino, aparecem em primeiro lugar, como causas de morte, as neoplasias. A partir dos 50 anos de idade, para ambos os sexos, as mortes por doença do aparelho circulatório aparecem em primeiro lugar e, em segundo e terceiro, aparecem, respectivamente, as neoplasias e doenças respiratórias.

Considerando-se as neoplasias, importante causa de morte para ambos os gêneros, observou-se, em 2000, entre os homens uma maior incidência de câncer de pulmão, seguido do câncer de próstata e do esôfago e em quarto lugar o câncer de estômago. Entre as mulheres a principal neoplasia maligna continuou sendo o câncer de mama, seguido do de pulmão e do cólon/reto, ficando o câncer de útero em quarto lugar.

**Gráfico 10**



### Considerações Finais

Em suma, com base na análise apresentada nota-se que houve uma sensível redução da mortalidade infantil, embora mantidas as disparidades regionais muito significativas. Da mesma forma, ocorreu diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, especialmente as doenças diarreicas, bem como uma importante redução da mortalidade por pneumonia em menores de um ano.

Quanto às doenças cardiovasculares, principal grupo de causas de morte, verificou-se uma tendência de estabilização do índice desde 1991, de 220 óbitos por 100.000 habitantes.

Ocorreu um aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, salientando-se as neoplasias de pulmão, mama, útero e próstata, doenças do aparelho respiratório em idosos e a mortalidade por diabetes.

Com relação às causas externas, a tendência verificada, nos últimos anos, é a de redução dos acidentes de trânsito e uma estabilização na mortalidade por homicídios. Há indícios de estabilização da mortalidade por AIDS em ambos os sexos.

Há dificuldades para uma comparação das causas de mortalidade, entre diferentes regiões, em função da qualidade das informações, principalmente quanto à proporção de causas mal definidas.

Os dados referentes à mortalidade infantil indicam a necessidade de ampliar e melhorar a assistência à gestação e ao parto, uma vez que o componente neonatal é preponderante em relação ao da mortalidade infantil tardia. Além disso, há necessidade de um conjunto de ações visando a prevenção da gravidez precoce e de outros agravos que acometem os adolescentes como o uso de drogas e a violência.

As informações até aqui apresentadas indicam tendências gerais, no perfil demográfico e epidemiológico da população e trazem subsídios para a organização do sistema de saúde. No entanto, é reconhecida a limitação das análises epidemiológicas a partir de dados dos sistemas nacionais de informação. Conforme aponta um estudo sobre o tema trabalha-se com os indicadores possíveis ao invés dos desejados e adequados. Na ausência de um sistema com cobertura completa das informações, a mortalidade proporcional pode servir apenas como uma aproximação ao conhecimento do que está de fato ocorrendo com a população como um todo.<sup>6</sup>

Da mesma forma vê-se a necessidade de aprofundamento deste diagnóstico, em nível de regiões e municípios, o que nos remete à importância da regionalização da saúde, assumida como compromisso de governo, em processo de implementação.

### **3.4. SISTEMA GAÚCHO DE ATENÇÃO À SAÚDE**

O sistema gaúcho de saúde, similar à realidade nacional, tem a capacidade instalada de serviços de saúde concentrada nas grandes cidades. Em 1999, a dificuldade de um cidadão residente nos municípios com menos de 10 mil habitantes (que representam 68% dos municípios gaúchos) para ter acesso a um consultório era quatro vezes maior do que a de um morador de município com mais de 100 mil habitantes (que representam menos de 4% dos municípios). Quando se analisam os serviços de média e alta complexidade, esses dados ficam ainda mais evidentes: para alguns procedimentos, como alguns exames de imagem e atendimentos de oftalmologia, a concentração da oferta era de mais de 90% em Porto Alegre no final de 98. Nesse mesmo ano, quase 50% das consultas de pediatria e de obstetrícia eram feitas na Capital, na qual residem menos de 14% dos gaúchos (SES/RS, 2000 e 2001).

Ainda com relação aos atendimentos ambulatoriais, é também preocupante a sua evolução no Estado, no período de 1998 a 2000. Há indicações de uma tendência de crescimento dos serviços em direção à alta complexidade, em detrimento de

---

<sup>6</sup> LEAL, M.C. e GAMA, S.G.N. Infância doente. Revista USP. set. out. nov. 2001: 86-103

procedimentos da atenção básica e especializados. No período, enquanto a taxa de crescimento de procedimentos de atenção básica foi de 1,7%, a de especializados foi de 89,3% e os de alta complexidade de 157,66%, segundo dados da SES/RS.<sup>7</sup>

A análise da capacidade assistencial instalada, considerando-se o perfil dos serviços segundo a categoria dos prestadores, mostra algumas particularidades da rede SUS no Rio Grande do Sul. A tabela abaixo apresenta um comparativo de características das redes de serviços vinculados ao SUS no Rio Grande do Sul e no Brasil. Posteriormente os dados da rede gaúcha serão analisados de acordo com sua distribuição regional.

**Tabela 4 - Características comparadas da rede assistencial do SUS no Rio Grande do Sul e no Brasil, 2001**

Características		Público		Filantrópico		Privado		Universitário		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Unidades	BR	47.217	77,41	2.158	3,54	11.351	18,61	272	0,45	60.998	100
	RS	2.520	61,11	192	4,66	1.396	33,85	16	0,39	4.124	100
Consultórios	BR	91.018	74,27	9.712	7,93	15.104	12,33	6.711	5,48	122.545	100
	RS	5.877	67,70	677	7,80	1.272	14,65	855	9,85	8.681	100
Hospitais	BR	2.335	35,88	1.731	26,60	2.293	35,23	149	2,29	6.508	100
	RS	34	8,99	213	56,35	110	29,10	21	5,56	378	100
Internações	BR	280.045	29,97	327.315	35,03	222.473	23,81	104.651	11,20	934.484	100
	RS	4.703	7,18	34.349	52,42	7.492	11,43	18.985	28,97	65.529	100
Leitos	BR	130.636	27,03	149.692	30,97	159.690	33,04	43.288	8,96	483.306	100
	RS	2.292	7,31	17.222	54,94	5.139	16,39	6.693	21,35	31.346	100
Leitos UTI	BR	2.737	24,61	3.237	29,11	2.265	20,37	2.881	25,91	11.120	100
	RS	67	5,46	461	37,54	54	4,40	646	52,61	1.228	100

Fonte: Dados SIA e SIH, considerando dados cadastrais de dezembro de 2001 e internações pagas no período de janeiro a dezembro de 2001. Os números de hospitais e leitos da rede SUS/RS foram corrigidos subtraindo-se dos dados nacionais disponibilizados por meio do DATASUS dois hospitais cadastrados em duplicata nos municípios de Guaporé e Campo Bom. O número de leitos refere-se ao total de leitos existentes nos hospitais vinculados ao SUS.

A análise dos dados apresentados tem implicações importantes para a organização e para o funcionamento do sistema estadual de saúde que precisam ser, obviamente, consideradas no processo de monitoramento. A primeira dessas características é a participação dos serviços públicos na composição da rede, que é menor do que a média nacional em todos os aspectos considerados, principalmente no que se refere a hospitais, leitos e internações, mas também nos serviços ambulatoriais. A diferença para menor da participação proporcional dos serviços públicos na rede de unidades de saúde no Rio Grande do Sul é suprida com uma grande participação dos

<sup>7</sup>.SES/RS CRASS. Relatório de Gestão da Assistência no SUS. 2000

serviços privados contratados, que respondem por aproximadamente 35% dessa modalidade de serviço.

Relativamente aos hospitais e leitos, que serão o aspecto mais diretamente observado nesta análise da regionalização da rede assistencial, percebe-se uma participação diferenciada da rede filantrópica. Aproximadamente 56% dos hospitais existentes no Estado são filantrópicos, enquanto que a média nacional é de menos de 30%. Nos hospitais filantrópicos vinculados ao SUS são encontrados quase 55% dos leitos hospitalares (31% como média nacional) e foram realizadas aproximadamente 52% das internações no ano de 2001 (35% na média nacional). Relativamente ao número de leitos, é importante ressaltar que os dados do Cadastro SIH apresentam o total de leitos dos hospitais vinculados ao SUS no Estado e não aqueles que estão efetivamente disponibilizados para internações nessa modalidade. Pode-se afirmar que hospitais públicos, privados e filantrópicos tendem a ter menor porte de leitos, comparativamente aos universitários. A média de leitos por hospital vinculado ao SUS no RS é de 82,93, sendo que nos hospitais privados é de 46,72, nos públicos de 67,41, nos filantrópicos de 80,85 e nos universitários de 318,71 leitos por hospital. A média nacional por hospital vinculado ao SUS é de 74,26 leitos.

Ainda no que se refere à rede hospitalar, outra característica começa a ser percebida: a participação dos serviços universitários e de ensino, que com aproximadamente 6% dos hospitais, detém mais de 21% dos leitos vinculados ao SUS, é responsável por aproximadamente 29% das internações e oferece mais da metade dos leitos de UTI atualmente existentes.

Esta realidade tem conseqüências para os custos da assistência (principalmente no que se refere à participação dos hospitais universitários na assistência de maior complexidade) e para os demais aspectos de vinculação dos prestadores, já que há uma dependência muito grande no sistema de saúde gaúcho de serviços privados e filantrópicos, principalmente na média complexidade, que sabidamente tem os valores mais defasados nas tabelas de pagamentos. Alguns outros aspectos relativos à distribuição heterogênea desses serviços no território gaúcho desafiam a capacidade de gestão e torna mais importante a ação de acompanhamento dos projetos de regionalização desenvolvidos pela SES/RS.

Analisando a rede hospitalar instalada no Rio Grande do Sul segundo o número de leitos disponíveis para o SUS, observa-se que a mesma apresentou pequena variação no quantitativo de leitos/hospitais entre 1998 e 2000. Em 1998, do total de

31.071 leitos, 79,2% era destinado ao SUS. Em 2000 o número de leitos era de 30.985 e 80% eram leitos do SUS.

**Tabela 5 - Rede hospitalar, segundo o número de leitos geral e leitos SUS e leitos de UTI-RS**

Ano	Hospitais	Leitos		% Leitos SUS	Leitos UTI
		SUS	Total		
1998	382	24.613	31.071	79%	1.136
1999	382	24.971	31.435	79%	1.231
2000	379	24.808	30.985	80%	1262

Fonte: Dados cadastrais SIH/SUS

A distribuição dos leitos hospitalares por especialidade e por macrorregião, bem como o índice de leitos por 1.000 habitantes e as taxas de ocupação, evidenciam as diferenças na capacidade instalada das diferentes regiões.

**Tabela 6 - Distribuição dos leitos hospitalares por especialidades, por macrorregião de saúde e número de leitos para o SUS por 1.000 habitantes**

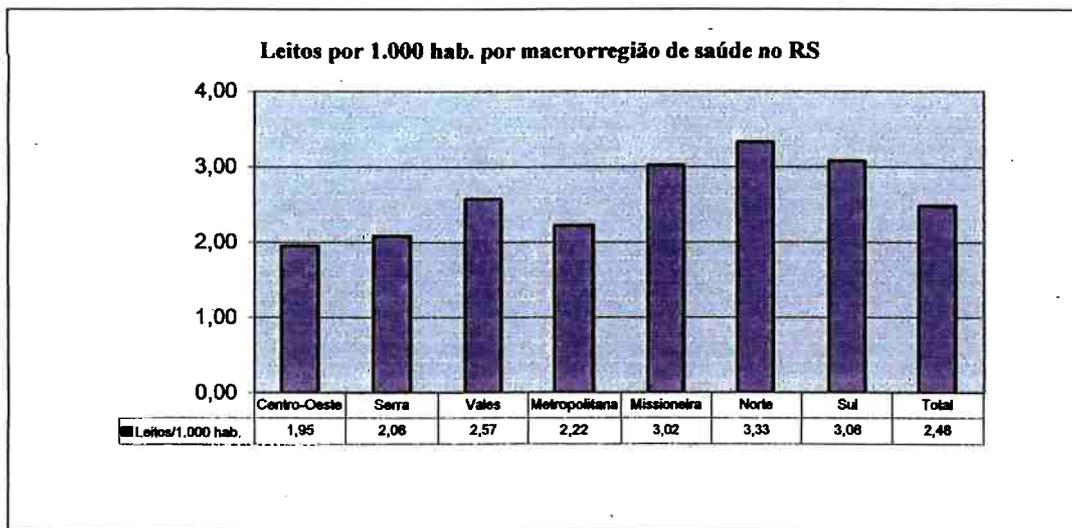
Macrorregião	População 2000											Leitos /1000 hab
		Cirur	Obst	Clín	FPT	Psiqu	Tisil	Ped	Reab	Hosp	Total	
Centro-Oeste	1.175.936	321	329	1.033	35	55	28	491	-	-	2.292	1,95
Serra	952.103	255	242	751	8	387	1	341	-	-	1.985	2,08
Vales	724.325	263	265	900	33	31	-	373	-	-	1.865	2,57
Metropolitana	4.172.677	2.302	1.025	3.199	105	992	59	1.505	-	80	9.267	2,22
Missioneira	1.028.713	467	440	1.381	40	61	8	704	2	-	3.103	3,02
Norte	1.031.078	579	477	1.458	54	92	-	775	-	-	3.435	3,33
Sul	992.408	432	336	1.237	30	504	11	473	-	30	3.053	3,08
<b>Total</b>	<b>10.077.267</b>	<b>4.619</b>	<b>3.114</b>	<b>9.959</b>	<b>305</b>	<b>2.122</b>	<b>107</b>	<b>4.662</b>	<b>2</b>	<b>110</b>	<b>25.000</b>	<b>2,48</b>

Fonte: Cadastro SIH/SUS e população estimada IBGE.

O Estado apresentou, em 2000, indicadores de 3,09 leitos por mil habitantes em geral e 2,48 leitos/SUS por mil habitantes. Estes índices são superiores ao preconizado pela Portaria 3046/82, de 2,32 leitos/1.000 habitantes. Em que pese a desatualização do parâmetro da referida Portaria, há indicações de que o problema do Estado não seja a quantidade de leitos, mas a sua distribuição interna. Observa-se um menor índice de leitos/SUS/hab. nas regiões Centro-Oeste e Serra. A proposta de regionalização com fortalecimento de microrregiões, desenvolvida pela SES, atua em direção à melhorada cobertura de serviços através da otimização da capacidade instalada de unidades locais e microrregionais que possam atuar efetivamente como referência.

O gráfico a seguir mostra que os maiores índices de leitos por 1000 habitantes ficam com as regiões Norte, Sul e Missioneira e não na Metropolitana, onde se concentra o maior contingente populacional.

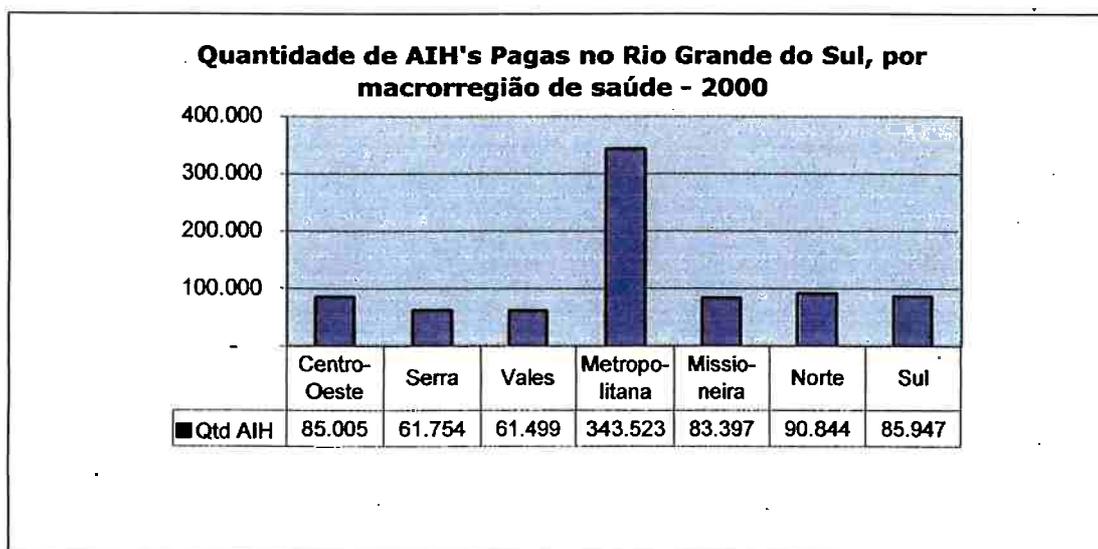
**Gráfico 11**



FONTE: Cadastro SIH/SUS e população estimada IBGE.2000

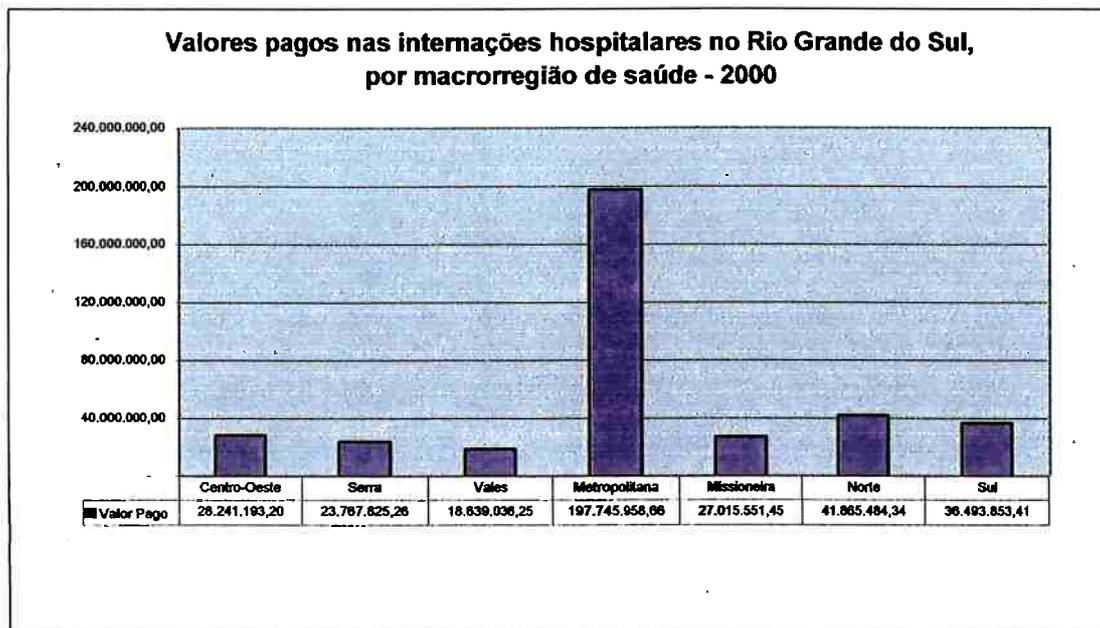
Analisando o faturamento anual de cada macrorregião, verificou-se que a Metropolitana, que possui 41% da população do Estado, mantém 37% dos leitos para o SUS, apresentando 42% do quantitativo total de AIHs pagas no Estado, ficando com 53% do total de valores faturados e, se considerados os valores gastos com diárias de UTI, este percentual sobe para 69% dos valores totais do Estado. A Metropolitana fica, também, com o maior valor médio de AIH paga no Estado.

**Gráfico 12**



Fonte: Cadastro SIH/SUS e população estimada IBGE.

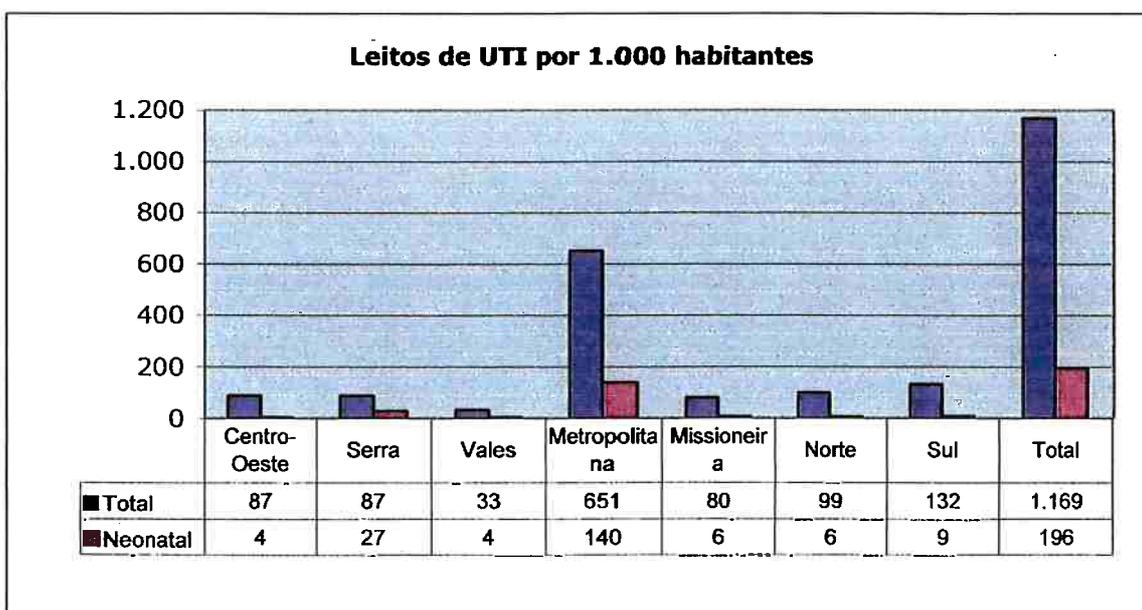
**Gráfico 13**



Fonte: Cadastro SIH/SUS e população estimada IBGE.

A SES, consciente da necessidade de correção das desigualdades regionais, vem desenvolvendo uma política de investimentos nas macrorregiões. Uma necessidade observada diz respeito aos leitos de UTI: 56% deles estão concentrados na região Metropolitana. Isto tem mobilizado esforços da gestão estadual, visando a ampliação e a melhoria da cobertura de leitos de UTI neonatal, nestes últimos dois anos.

**Gráfico 14**



Fonte: CIS/SES- nov.2000

**Tabela 7 - Leitos de UTI cadastrados no SUS por macrorregião - NOV 2000**

Macrorregiões	População 2000	UTI Tipo I	UTI Adulto		UTI Pediátrica		UTI Neonatal		Total	Leitos/ 1000 hab
			Tipo II	Tipo III	Tipo II	Tipo III	Tipo II	Tipo III		
			Centro-Oeste	1.175.963	64	16	-	3		
Serra	952.103	8	30	-	22	-	27	-	87	0,09
Vales	724.325	19	7	-	3	-	4	-	33	0,05
Metropolitana	4.172.677	147	84	206	19	55	47	93	651	0,16
Missioneira	1.028.713	61	9	-	4	-	6	-	80	0,08
Norte	1.031.078	30	43	-	20	-	6	-	99	0,10
Sul	992.408	87	36	-	-	-	9	-	132	0,13
<b>Total</b>	<b>10.077.267</b>	<b>416</b>	<b>225</b>	<b>206</b>	<b>71</b>	<b>55</b>	<b>103</b>	<b>93</b>	<b>1.169</b>	<b>0,12</b>

Fonte: Cadastro SIH/SUS e população estimada IBGE.

### 3.5. RECURSOS HUMANOS PARA O SUS

A análise dos recursos humanos vinculados ao SUS é dificultada pela escassez e relativa inacessibilidade de dados que facilitem essa tarefa. Informações colhidas na RAIS-MTE, para o ano 2000, mostram, no entanto, a mesma concentração territorial já identificada na rede de serviços, de modo especial na rede hospitalar.

**Tabela 8**

**RIO GRANDE DO SUL  
PROFISSIONAIS VINCULADOS AO SUS EM 2000  
Distribuição por Macrorregiões de Saúde**

Macrorregiões	Médicos		Enfermeiros		Odontólogos		Psicólogos		As.Sociais		Tec Laborat	
		%		%		%		%		%		%
Centro-Oeste	581	5,9%	389	7,2%	185	6,7%	42	4,8%	345	33,3%	8	1,7%
Metropolitana	7.097	71,8%	3.088	57,2%	1.503	54,5%	487	55,8%	227	21,9%	204	42,1%
Missioneira	258	2,6%	260	4,8%	185	6,7%	41	4,7%	156	15,1%	47	9,7%
Norte	329	3,3%	403	7,5%	218	7,9%	67	7,7%	105	10,1%	46	9,5%
Serra	600	6,1%	455	8,4%	310	11,2%	110	12,6%	43	4,2%	82	16,9%
Sul	726	7,3%	513	9,5%	194	7,0%	80	9,2%	60	5,8%	66	13,6%
Vales	288	2,9%	288	5,3%	165	6,0%	46	5,3%	100	9,7%	31	6,4%
<b>Totais</b>	<b>9.879</b>	<b>100%</b>	<b>5.396</b>	<b>100%</b>	<b>2.760</b>	<b>100%</b>	<b>873</b>	<b>100%</b>	<b>1.036</b>	<b>100%</b>	<b>484</b>	<b>100%</b>

Fonte: RAIS - MTE (Dados trabalhados pelo NESCON)

Os dados disponíveis indicam ainda que a distribuição dos profissionais de saúde vinculados ao SUS é duplamente desigual. Em primeiro lugar, há a evidente e bem conhecida concentração territorial que privilegia a Região Metropolitana de Porto Alegre – a exemplo do que ocorre em todo o país. Em segundo lugar, esta desigualdade se expressa em intensidades díspares, quando comparamos, entre si,

diferentes categorias profissionais. O cotejamento dos dados permite verificar que 72% dos médicos vinculados ao SUS, no Rio Grande do Sul, atuam na Região Metropolitana. As demais categorias profissionais estão, da mesma forma, mais presentes nessa região, mas a intensidade desta concentração é significativamente menor, como se pode verificar.

Outro aspecto a ser considerado é a tendência, em anos recentes de mudanças na composição do quadro de trabalhadores da SES. Entre 1998 e 1999 houve uma redução no total da força de trabalho, provocada por um processo de aposentadorias. No fim de 1998, o total da força de trabalho própria da SES/RS (excluindo-se os municipalizados) era de 3.995 trabalhadores. Este número diminuiu durante o ano de 1999, por força de aposentadorias e outras formas de evasão, perfazendo um total de 2.989 trabalhadores, ao final do ano. Do contingente que aposentou-se em 1999, 675, ou seja, 55,1% se deu entre trabalhadores em exercício na SES/RS.

Este movimento de aposentadorias persistiu ao longo do ano 2000, perfazendo, até setembro cerca de 530 aposentadorias.

Estes dados indicam um cenário de crescente redução da força de trabalho ativa, associado a um custo constante para o pagamento do conjunto dos trabalhadores da Saúde.

No entanto, em decorrência da política desenvolvida pela atual gestão, de nomeações dos concursados e realização de concursos, foi possível ir repondo o contingente de trabalhadores da SES. De 1999 até 30/09/2000, foram realizadas 1.520 nomeações para repor a força de trabalho nos quadros próprios da SES/RS.

Para o conjunto das Coordenadorias Regionais, até 30/09/2000, foram realizadas 130 nomeações, redimensionando as equipes de trabalho. Apesar de um ingresso numericamente restrito, considerando os limites das disponibilidades de concursados de 1994, tais nomeações representaram, antes de tudo, a viabilização de uma estratégia política deste Governo quanto à consolidação do SUS.

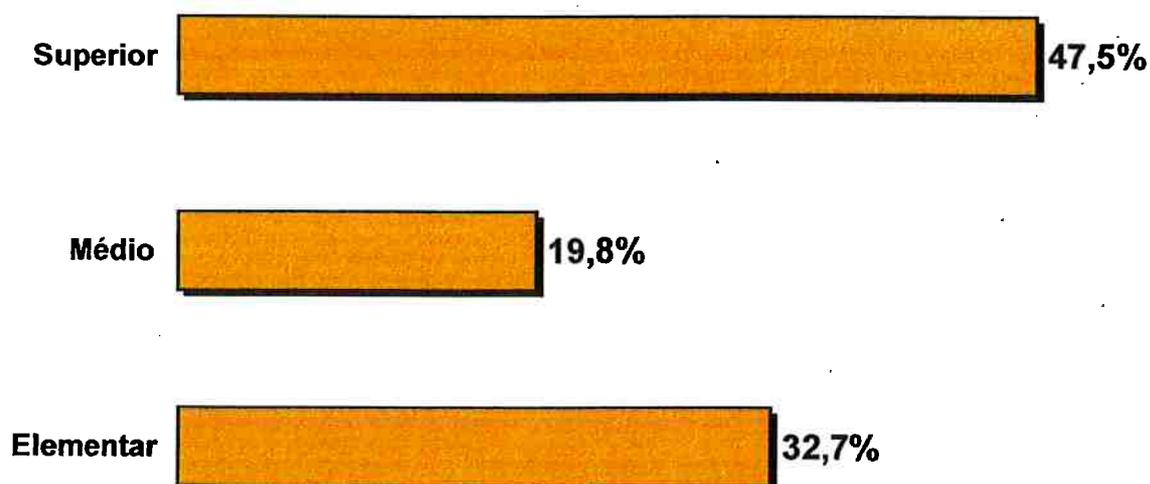
Ao final de 2000, o quadro de servidores apresentava-se conforme tabela abaixo, totalizando 4.813 pessoas, sendo 45,2% no nível regional, 18,6% no nível central e 35,0% em serviços próprios, aí incluindo os serviços ambulatoriais e hospitalares administrados pela SES e a FEPPS (Fundação Estadual de Pesquisa e Produção em Saúde).

**Tabela 9**

**SERVIDORES DA SES EM 2000  
POR LOTAÇÃO E NÍVEL DE ESCOLARIDADE**

Lotação	Nível de Escolaridade			Total	
	Elementar	Médio	Superior	Abs	%
CRS1	49	31	255	335	7,0%
CRS2	34	17	36	87	1,8%
CRS3	40	36	170	246	5,1%
CRS4	48	31	82	161	3,3%
CRS5	25	39	69	133	2,8%
CRS6	31	24	78	133	2,8%
CRS7	25	28	76	129	2,7%
CRS8	38	22	31	91	1,9%
CRS9	34	14	35	83	1,7%
CRS10	31	22	36	89	1,8%
CRS11	13	27	24	64	1,3%
CRS12	39	16	51	106	2,2%
CRS13	22	8	33	63	1,3%
CRS14	52	19	43	114	2,4%
CRS15	25	19	34	78	1,6%
CRS16	15	19	33	67	1,4%
CRS17	28	11	30	69	1,4%
CRS18	22	10	38	70	1,5%
CRS19	30	10	17	57	1,2%
NÍVEL CENTRAL	177	278	438	893	18,6%
SERVIÇOS PRÓPRIOS	796	256	633	1.685	35,0%
A DISPOSIÇÃO	1	14	45	60	1,2%
Totais	<b>1.575</b>	<b>951</b>	<b>2.287</b>	<b>4.813</b>	<b>100,0%</b>
	<b>32,7%</b>	<b>19,8%</b>	<b>47,5%</b>	<b>100,0%</b>	

Fonte: SES/RS



Nos próximos anos o percentual de servidores das Coordenadorias Regionais deve sofrer aumento, em função de lacunas hoje existentes e o percentual de trabalhadores em serviços próprios deverá diminuir, com a descentralização e municipalização de parte destes serviços.

### 3.6. GESTÃO MUNICIPAL: CONDIÇÃO DE HABILITAÇÃO

Em dezembro de 2000, 464 municípios do Rio Grande do Sul encontravam-se já habilitados para gestão do sistema municipal, sendo que apenas 2,14% habilitados para gestão plena do sistema e 97,22% para gestão plena da atenção básica.

**Tabela 10** - Número de municípios habilitados pela NOB-SUS 01/96, por ano de habilitação, RS, dez/2000.

1998		1999	2000				Total
Reenquadrados (*)	Novos		1º Tri	2º Tri	3º Tri	4º Tri	
225	180	43	04	08	03	01	464

Fonte: CADASS - Apoio Técnico aos Municípios

(\*) municípios anteriormente habilitados pela NOB-SUS 01/93

A situação dos municípios segundo a condição de gestão e população abrangida está apresentada no quadro que segue.

**Tabela 11** - Situação dos municípios segundo condição de gestão e população abrangida, RS, dez/2000.

Condição de Gestão	Municípios		População Abrangida	
	Nº	%	Nº	%
Plena do Sistema Municipal	10	2,14	2.337.304	23,44
Plena da Atenção Básica	454	97,22	7.627.236	76,49
<b>Subtotal</b>	<b>464</b>	<b>99,36</b>	<b>9.964.540</b>	<b>99,93</b>
Nenhuma Condição de Gestão	03	0,64	7.370	0,07
<b>Total</b>	<b>467</b>	<b>100,00</b>	<b>9.971.910</b>	<b>100,0</b>

Fonte: CADASS - Apoio Técnico aos Municípios

Cumprindo observar que a insuficiência do Teto Financeiro relativo aos recursos federais, para cobrir as despesas com a assistência à saúde, tem desestimulado os municípios a assumirem a Gestão Plena do Sistema Municipal, devido ao receio de não poderem arcar com as responsabilidades previstas neste nível de gestão.

### 3.7. CONTROLE SOCIAL E INSTÂNCIAS DE PACTUAÇÃO INTERGESTORES

- **Controle Social**

A implementação, a efetivação e o fortalecimento das instâncias de controle social compõem um dos cinco eixos estratégicos da atual gestão da SES/RS, o qual vem sendo desenvolvido, respeitando-se as prerrogativas legais dessas instâncias e priorizando as atividades de capacitação de conselheiros e estímulo à regionalização dos fóruns.

Significa uma mudança na lógica de concepção dessas políticas, que permite traduzir a diretriz constitucional da integralidade da atenção à saúde num plano concreto com configurações locais.

O controle social do SUS contempla, como um de seus mecanismos mais importantes, os Conselhos de Saúde. No Rio Grande do Sul, além dos conselhos estadual e municipais, também estão sendo estruturados os Conselhos Regionais. Em 2000, o quadro de criação de conselhos de saúde era o seguinte: Conselhos Municipais: 466; Conselhos Regionais: 7 (4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 16<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup> CRS).

O aprofundamento do controle social foi o tema, em 2000, da 3<sup>a</sup>. Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – etapa estadual da 11<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde. Na etapa regional, participaram 3.136 pessoas. A Conferência Estadual contou com 1.506 delegados e 1.512 observadores. Do total de delegados presentes, 769 representaram o segmento Usuários, 425 o segmento Governo, 103 Prestadores Filantrópicos e Privados e 209 Trabalhadores de Saúde.

Essa intensa mobilização, que destaca o controle social do estado no contexto nacional, reflete uma trajetória dos movimentos popular e sindical, mas também o papel do gestor estadual que, desde 1999, vêm atuando no sentido de fortalecer esse processo.

Em sintonia com essa política o gestor estadual tem agido no sentido de fortalecimento e respeito ao poder e atribuições dos Conselhos de Saúde. Importante neste processo foi o apoio ao aprimoramento dos mecanismos para o acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos do SUS das três esferas de governo, especialmente os planos de aplicação e relatórios de gestão,

O fortalecimento do Controle Social por parte da SES/RS passa também por outras estratégias. A criação e implementação de conselhos gestores, com a participação de usuários, em unidades e serviços próprios e em outros serviços que recebem aporte de recursos financeiros ilustra esse objetivo.

A obrigatoriedade de apresentação de relatórios de atividades dos hospitais vinculados ao SUS para os Conselhos de Saúde para a continuidade de repasses financeiros da Saúde Solidária, no ano de 2000, também mostra a disposição de fortalecer os Conselhos, garantindo-lhes instrumentos para uma ação progressivamente mais eficaz.

O apoio e a participação da SES/RS na capacitação de conselheiros municipais de saúde, junto com o CES/RS, têm sido fundamental na qualificação do controle social no Estado.

Mas não é somente no compromisso e envolvimento diretos da SES/RS com as estratégias existentes de participação da população e controle social que se esgota o compromisso com essa diretriz. A criação de novas estratégias de ampliação e fortalecimento do controle social, para aumentar a transparência na gestão pública e qualificar as políticas desenvolvidas, também é desafio da Secretaria.

- **Comissão Intergestores Bipartite**

Atendendo-se às diretrizes do SUS, a pactuação intergestores no Estado se dá por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), cabendo, entretanto, ressaltar a importância das instâncias regionais. No período foram constituídas 3 Comissões Intergestores Bipartites (CIB) Regionais, na 1ª, 2ª e 5ª Coordenadorias Regionais de Saúde. Desde 1999, a discussão, análise e tomada de decisão referentes à atenção à saúde são realizadas a nível regional. Contribuiu sem dúvida para isto as atividades de capacitação de gestores promovidos pelo gestor estadual.

## **4. PROJETOS ESTRATÉGICOS**

O processo de descentralização da gestão do SUS e a forma de financiamento da saúde no estado, propiciaram uma nova relação da SES com municípios e prestadores de serviços, conforme estabelecido nas Constituições Brasileira e Gaúcha e nas Leis Federais 8080/90 e 8142/90,

O movimento da descentralização, que também é revelado na mudança das relações organizacionais da Secretaria, privilegia a instância regional como espaço da pactuação e do planejamento da atenção à saúde. A política de financiamento, expressa pelos projetos Municipalização Solidária e Saúde Solidária, qualificam o estado enquanto co-gestor solidário na implantação do SUS no RS.

### **4.1. DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO E REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO**

- **A criação das Coordenadorias Regionais**

Nos primeiros dias do atual governo, as antigas Delegacias Regionais de Saúde foram transformadas em Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). E não se trata de uma mera mudança de nomenclatura. De simples repassadoras de papéis do nível central, as CRS passaram a ser responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviço, com o objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS.

O Estado do Rio Grande do Sul, como descrito anteriormente, está dividido em 19 CRSs, muito heterogêneas quanto à população, condições de vida e serviços de saúde implantados. Isto significa necessidades especiais e soluções específicas que só podem ocorrer dentro de cada espaço regional.

Embora a consolidação das CRS esteja sendo conquistada e garantida no dia-a-dia, a mudança de relação, com todos os gestores municipais e todos os prestadores já é uma realidade. A reorganização da assistência hospitalar no Rio Grande do Sul, por exemplo, com reuniões de planejamento por região, mediante a identificação dos problemas e a definição das necessidades reais de cada município, em conjunto com os Conselhos Municipais e Regionais de Saúde, e a definição do papel de cada prestador no Sistema Único de Saúde estão tendo efeitos extremamente positivos na qualificação do atendimento aos usuários do SUS.

- **A criação das macrorregiões e a organização regionalizada da atenção**

A gerência do espaço correspondente ao das Coordenadorias Regionais de Saúde, deu início ao processo de regionalização no estado. A Região de Saúde (CRS) tem um território e serviços de saúde definidos (número e tamanho) e a partir daí o sistema passa a ser organizado, implementado, qualificado.

Dentro de cada região, o sistema de atenção hospitalar vem sendo reordenado, a partir da classificação aprovada pelo CES (Resolução Nº 06/2000), e apresentada a seguir:

**Quadro 2 - Classificação dos hospitais por porte**

<b>Classificação</b>	<b>Principais requisitos assistenciais</b>
<b>Unidade Local</b>	Serviços de hospital-dia, internação domiciliar, suporte aos programas, unidade mista e/ou centro de referência regional.
<b>Hospital Microrregional</b>	Especialidades básicas, Pronto Atendimento, radiologia, ECG, bloco cirúrgico e laboratório 24h, cirurgias eletivas e atendimento a acidentes do trabalho, rol mínimo de procedimentos definidos na pactuação regional.
<b>Hospital Regional</b>	Atendimento de traumatologia/ortopedia nas 24h, 2 especialidades adicionais segundo necessidade regional, ecografia 24h, UTI geral e/ou pediátrica.
<b>Hospital Macrorregional</b>	Sala de procedimentos e observação, reanimação cérebro-cárdio-respiratória, atendimento a politraumatizados graves, duas especialidades adicionais conforme a necessidade regional, EEG, tomografia de encéfalo, avaliação da função pulmonar, fibrobroncoscopia 24h, UTI geral e pediátrica, capacidade para diagnóstico de morte encefálica.
<b>Hospital Especializado</b>	Pronto Atendimento, internação e recursos diagnósticos e terapêuticos na sua especialidade, garantia de atendimento referenciado segundo o Plano de Regionalização.

Fonte: SES/RS

A criação de sete macrorregiões de atenção integral à saúde, já aprovada pela CIB/RS e pelo CES/RS, visa garantir aos gaúchos, usuários do SUS, uma nova organização para as ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. Nessas macrorregiões estão sendo identificados hospitais de referência macrorregional, capazes de atender aos casos mais complexos, hospitais de referência regional e hospitais de referência microrregional, além de unidades locais de saúde que deverão ser estruturadas a partir da transformação de pequenos hospitais, não resolutivos, em unidades mistas com atendimento principalmente ambulatorial e com internações curtas e de baixa complexidade.

A definição das regiões foi precedida por um estudo de capacidade instalada, sua distribuição geográfica e do fluxo e acesso dos usuários aos serviços, por tipo de atenção e nível de complexidade. Este processo encontra-se ainda em processo de ajustes, em função de novas informações e análises trazidas pelas equipes regionais.

As macrorregiões são muito heterogêneas, tanto em população como em número de municípios, refletindo, de alguma forma, as desigualdades das condições de vida e saúde da população do Rio Grande do Sul. É muito alto o grau de concentração da população na região Metropolitana, principalmente na cidade de Porto Alegre. A região com menor aporte populacional é a dos Vales. O número de municípios de cada macro varia de 128, na região Norte, para 28, na Sul.

**Quadro 3 - Macrorregiões de Saúde, segundo número de municípios e população**

Macrorregião	Nº. Mun.	Pop. Macro. (A)	Município (s) Pólo(s)	Pop Pólo (B)	% (B/A)
Centro Oeste	48	1.175.160	Santa Maria	238.473	20,29
Metropolitana	86	4.173.911	Porto Alegre	1.314.032	31,48
Missioneira	94	1.028.326	Ijuí	77.396	7,53
Norte	128	1.040.203	Passo Fundo	166.343	15,99
Serra	50	943.630	Caxias do Sul	349.581	37,05
Sul	28	993.985	Pelotas	315.415	31,73
Vales	63	726.918	Cachoeira do Sul	88.344	12,15
			Santa Cruz do Sul	106.734	14,68
			Lajeado	62.769	8,63
<b>RS</b>	<b>497</b>	<b>10.082.133</b>		<b>2.719.087</b>	<b>26,97</b>

Fonte: - IBGE/2000

Essa regionalização também está sendo montada em relação ao atendimento ambulatorial, mediante a consolidação de centros de referência e de especialidades.

Cabe ressaltar algumas conquistas em relação à descentralização na área ambulatorial, a partir de 1999, quando foram dados passos importantes no sentido de colocar os serviços mais próximos da população. Isto ocorreu na Oftalmologia, com a abertura de novos serviços em Passo Fundo, como referência para a Macrorregião Norte, na região Metropolitana, em sistema de consórcio intermunicipal, e em Faxinal do Soturno, para atendimento à Macrorregião Centro-Oeste. Também na área de Oncologia, tem-se observado o processo de descentralização, a partir de uma lógica de cobertura regionalizada e hierarquizada. Em 2000, o Estado passou a ter os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) em todas as macrorregiões, melhorando o atendimento ao usuário dos serviços. Para isto, foram readequados os CACONS de

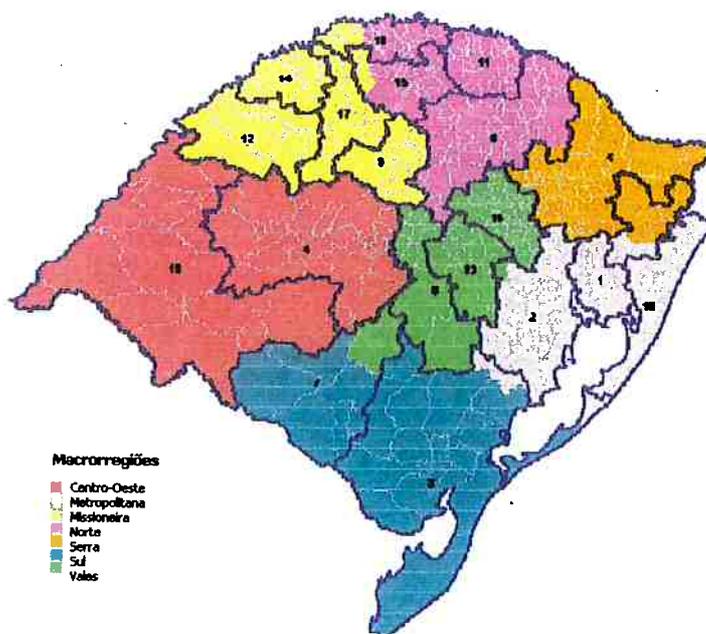
Pelotas, Rio Grande, Santa Cruz, Passo Fundo e Uruguaiana e a abertura de novos centros em Cruz Alta, Carazinho, Erechim e Lajeado.

A Terapia Renal Substitutiva também se encontrava, já em 2000, descentralizada em todas as Macrorregiões, mas a cobertura variava de 51,65 dializados por 100 mil habitantes, na Serra, a 27,49, na Macrorregião dos Vales.

Outros serviços estão previstos para compor a rede regionalizada de atenção integral à saúde: Centros Regionais de Saúde do Trabalhador, Hemocentros, Laboratórios de Saúde Pública e Centrais de Regulação das ações e serviços de saúde.

Esse formato proposto para as macrorregiões, assentado na proposta de eficácia regional em todos os níveis de atenção, vem orientando não somente a pactuação regional de fluxos para a atenção à saúde, como, também, a aplicação dos recursos financeiros investidos a partir de critérios técnicos, o que aumenta, significativamente, a efetividade do financiamento.

**Figura 1** – Regionalização do SUS no Rio Grande do Sul segundo as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e 7 Macrorregiões de Saúde, 2000.



## 4.2. GESTÃO SOLIDÁRIA: COOPERAÇÃO TÉCNICO-FINANCEIRA

O gestor estadual do Rio Grande do Sul busca realizar seu papel constitucional de promover a descentralização do sistema, com a regionalização da atenção, através de dois importantes projetos de cooperação técnico-financeira, implementados desde 1999:

- Municipalização solidária;
- Saúde solidária.

A Municipalização Solidária procura “fortalecer as condições para a gestão e a capacidade de oferta de ações e serviços no âmbito municipal, conforme determina a Constituição Federal (art. 30, inciso VII)”, através do repasse de recursos do tesouro estadual aos municípios, para a melhoria do sistema de saúde. A maior parte do recurso, denominada fração principal, tem sua utilização totalmente definida pelo município, a partir das prioridades locais, através de Planos de Aplicação, devidamente aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde-CMS, podendo ser aplicada em custeio ou investimento, desde que seja na função saúde. O cálculo dos valores, transferidos trimestralmente de fundo a fundo, se baseia em critérios técnicos (demográficos, epidemiológicos, de capacidade instalada e financeiros). Em 2000, foram considerados no cálculo: população total, população menor de 14 anos e maior de 60 anos, inverso da capacidade instalada, mortalidade infantil e prioridade no Orçamento Participativo. Em 2001, será acrescentado como critério a receita própria na saúde e o inverso da arrecadação municipal.

São condições para a transferência: a habilitação do município, conforme a NOB/96; o funcionamento do Conselho, Fundo e apresentação do Plano Municipal de saúde; O Plano de Aplicação e o Relatório de Gestão, conforme a Lei 8.689/93, com aprovação no CMS; e o Termo de Compromisso. Em 2000, o conjunto dos municípios foi beneficiado com um total de 83 milhões de reais, com base neste projeto.

Na prática, os critérios já aprovados alteraram a matriz de financiamento utilizada nacionalmente, que concentra recursos financeiros e assistenciais nos grandes centros. A fórmula de repasse de recursos transforma o financiamento num estímulo à equidade, melhorando as condições de acesso aos serviços de saúde nos municípios que concentram populações nas faixas etárias extremas (menores de 14 anos e maiores de 60 anos), que têm maiores índices de mortalidade infantil, que têm menos serviços de saúde instalados, que têm menor arrecadação própria de impostos, que utilizam maior volume de recursos próprios na saúde e que incluem a área da

saúde como prioridade a partir da indicação da população por meio do Orçamento Participativo.

Os recursos da Municipalização Solidária da Saúde são transferidos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, sem qualquer carimbo. Cada município tem autonomia para decidir como vai utilizá-lo, dentro da função saúde, desde que sua aplicação seja aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde. Progressivamente, espera-se que os municípios qualifiquem sua capacidade instalada, principalmente de serviços próprios, e organizem serviços de referência regional.

A análise dos Planos de Aplicação já apresentados, mostra que a utilização dos recursos tem priorizado a aquisição de insumos (medicamentos), compra de serviços (consultas médicas em especialidades e serviços de apoio diagnóstico), tradicionais “gargalos” no acesso à atenção à saúde.

A aplicação de recursos na Atenção Básica também teve uma freqüência expressiva, compreendendo principalmente investimentos em equipamentos para a rede ambulatorial, ampliação/reforma de Unidades de Saúde, material de consumo e contratação de pessoal. Pela primeira vez o investimento em veículos para as equipes de saúde (PACS, PSF, Vigilância em Saúde) supera aquele para referência a outros municípios, tradicional na política da “ambulancioterapia” quando há insuficiência das redes municipais, baixa resolutividade dos sistemas microrregionais e pequeno investimento dos gestores, características comuns quando não há compromisso com a implementação do SUS.

Os Planos de Aplicação têm mostrado também que diversos municípios já perceberam a necessidade de induzir mudanças no perfil assistencial dos pequenos hospitais do interior do Estado. Os recursos da Municipalização Solidária utilizados na atenção ambulatorial estão sendo aplicados também na indução de modalidades mistas de atenção nesses hospitais, construídos geralmente com recursos do poder público e da mobilização da população, que têm uma baixíssima taxa de ocupação e, portanto, precisam oferecer outras ações assistenciais, adequando-se assim às novas tendências de atenção integral à saúde. Induz-se, dessa forma, à *desospitalização* das próprias unidades hospitalares. Essa utilização fortalece a Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS – Saúde Solidária, como se verá adiante.

Se a responsabilidade de financiar um sistema de saúde que abarque o universo da população brasileira, olhando para cada um como um cidadão único e importante, é das três esferas de governo, a atual gestão da Secretaria da Saúde do Estado do Rio

Grande do Sul começa a cumprir seu papel. A qualidade na atenção à saúde exige o desafogamento dos serviços dos grandes centros urbanos e passa necessariamente pela implementação responsável daquelas diretrizes que foram propostas no início da história do SUS. Continuamos buscando a implementação das diretrizes do SUS porque ainda estão distantes de serem uma realidade nacional, buscamos a reorganização do sistema como um todo, a partir dos problemas e necessidades da população de cada rincão deste país, com financiamento das ações, para que se construa uma rede capaz de responder às necessidades de toda a população brasileira.

Como se pode ver, a experiência da SES/RS no fortalecimento dos sistemas municipais de saúde, como porta de entrada para o Sistema de Saúde, bem como a organização de referências regionais, constituídas a partir dos eixos de descentralização da gestão e integralidade da atenção, apresenta elementos bastante particulares. Provavelmente o envolvimento direto do gestor estadual, inclusive com a transferência de recursos financeiros em volume significativo, representam um dos principais elementos inovadores da atual gestão da SES/RS.

A Saúde Solidária (Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS) foi criada e aprovada na CIB e CES em 1999, com o propósito da reorientação e qualificação da atenção hospitalar no Estado, obedecendo as diretrizes da regionalização de ações e serviços. Se a princípio proveu recursos para tratar emergencialmente a crise hospitalar, hoje esta política, junto com outras formas de financiamentos, constituem os elementos essenciais na configuração da reordenação da assistência hospitalar no Estado.

Não diferindo da organização dos Sistemas de Saúde no Brasil, as características aqui se repetem: hospitalocêntrica, com a tecnologia mais complexa localizada em grandes pólos (estruturas e pessoal).

Especialmente no Rio Grande do Sul, a atenção hospitalar se concentra em hospitais privados sem fins lucrativos. A rede pública é representada, na maioria, por hospitais-escola.

O diagnóstico desta rede hospitalar mostra que esta é constituída em torno de 52% de hospitais com menos de 50 leitos (hospitais de pequeno porte) e com baixa resolutividade: os indicadores hospitalares (taxa de ocupação, média de permanência) assim como os diagnósticos mais freqüentes de internação podem medi-la.

O fator financiamento, forma e valores, atinge também a rede hospitalar. A dificuldade de custeio hospitalar provocada pelo pagamento dos procedimentos com valores defasados estabelecidos pela tabela do Ministério da Saúde, fortalece a crise financeira, causa e consequência, do agravamento desta, uma vez que as instituições poderiam atualizar tecnologia e agregar outras receitas.

Os três eixos traçados – centralização de ações em hospitais e a complexidade diagnóstica e terapêutica em grandes polos; baixa resolutividade e qualificação de hospitais e política de financiamento – constituíram o alvo no que resultou a Saúde Solidária e o FUNAFIR (Fundo de Apoio e de Recuperação dos Hospitais Privados sem Fins Lucrativos).

A correspondência entre a Saúde Solidária e a Regionalização do Estado é que a assistência hospitalar deve compor o sistema loco-regional de modo a oferecer ações e serviços médico-hospitalar de complexidade crescente universal e equânime.

Assim, em 2000, por resolução do CES, os hospitais são categorizados em especializados, macrorregionais, regionais, microrregionais e unidades locais.

No ano 2000, os recursos da Saúde Solidária foram destinados para hospitais que se comprometem à rigorosa adequação assistencial necessária aos sistemas locais, microrregional, regional e estadual de saúde. Foram R\$ 22 milhões repassados a hospitais que contrataram com o SUS/RS um cardápio mínimo de procedimentos, adequados ao perfil assistencial desenhado pelos gestores regionais e municipais. Esse perfil assistencial varia desde Unidades Locais (hospitais-dia, ambulatórios de referência especializada, etc.) até hospitais especializados, passando por hospitais microrregionais (áreas básicas), hospitais regionais (especialidades com maior demandas) e hospitais macrorregionais (especialidades necessárias a resolutividade do Sistema Macrorregional de Saúde). Para 2001, os recursos serão de R\$ 18.000.000,00. Além do compromisso formal, o conjunto dos hospitais deve apresentar relatórios mensais de atividades aos Gestores e Conselhos de Saúde, fortalecendo seu vínculo de subordinação ao SUS e qualificando a informação disponível nas instâncias de gestão e de controle social. Por outro lado, os estabelecimentos contemplados com esses recursos comprometem-se com o fluxo de referência e contra-referência microrregional estabelecido, incluindo a participação dos trabalhadores em atividades de capacitação.

Enquanto política de financiamento, há avanços no controle dos recursos públicos que estão aqui apontados:

- a mudança na forma de financiamento determinou que uma nova relação gestor/prestador se estabelecesse. A distribuição de recursos que, anteriormente, era feita de maneira pontual hoje é feita com critérios acordados em instâncias colegiadas em cada nível de decisão. Isto estabelece compromissos e, de algum modo, o recurso público que era gerenciado no âmbito privado, hoje é feito com critérios negociados, publicizados e com controle social;

- as estratégias utilizadas tornam o funcionamento mais permeável ao controle social. Câmaras Técnicas de Acompanhamento da Gestão, contratos de metas, relatórios de prestação de contas regulares são estratégias que propostas pela própria instância de controle social e participação da população têm o objetivo de acompanhar a utilização dos recursos do SUS nesses serviços e de buscar, além da qualidade técnica e da garantia do acesso, também a humanização do atendimento desde o ponto de vista dos usuários;

- a classificação permite agregar tecnologia de modo a qualificar unidades hospitalares em complexidades crescentes e, portanto, definir política de investimentos ou introduzir novas formas de atenção hospital-dia, internação domiciliar, leitos de observação, nas unidades hospitalares que definitivamente não necessitam operar como tal.

A SES tem caracterizado sua atuação rompendo as formas clássicas de gestão ou formas de atenção. Cumprindo seu papel de coordenador e co-financiador do Sistema, complementa o custeio dos hospitais públicos de referência na região metropolitana, o de Novo Hamburgo e de Sapucaia totalizando um repasse de R\$ 4.224.000,00 em 2001.

Mudando a forma de gestão e financiamento garantiu-se o funcionamento do Hospital de Casa de Saúde de Santa Maria. A gestão é feita por um Conselho Gestor em parceria com a Prefeitura Municipal e a Universidade Federal; os recursos financeiros em 2001 são da ordem de R\$ 1,8 milhão.

A proposta da transformação de pequenos hospitais em outras estruturas de atendimento mais próxima à realidade assistencial loco-regional se dá pois a forma de financiamento proposta pela SES rompe com a relação unidade de procedimento x valor unitário que não permite outras formas de atenção que não sejam as clássicas (internação hospitalar, consulta médica individual). Ao propor um valor fixo de repasse, a SES propicia que essa unidade possa transformar-se na estrutura necessária a composição do sistema local de saúde. Os recursos de 2001 são de R\$ 2.000.000,00.

Os hospitais públicos vem sendo beneficiados com repasses fixos e alguns de pequeno porte já estão em processo de transformação em unidades locais de atendimento. Foram repassados a esses hospitais R\$ 5.000.000,00.

A política de financiamento praticada pela SES não tem como objetivo apenas dividir recursos para cobrir custos hospitalares. Uma distribuição ordenada permite reorganizar as estruturas em complexidade crescentes e regionalizadas promovendo o acesso e a equidade na atenção. A mesma distribuição, como parte de critérios claros, pactuados em instâncias onde os compromissos são mútuos gestor/prestador e com controle social permite uma outra ordem de utilização dos recursos públicos.

A construção dessa relação de cooperação técnica, financeira e operacional, com os municípios e prestadores de serviços, é o caminho mais eficaz para garantir a implantação do SUS de verdade. O objetivo é o de construção de um Sistema Estadual de Saúde sensível aos reais problemas e necessidades de cada local, município, microrregião, região, macrorregião e do Estado como um todo.

#### **4.3. O APERFEIÇOAMENTO DOS MECANISMOS DE GESTÃO**

##### **4.3.1. O Processo Ascendente de Pactuação entre Gestores: Programação Pactuada Integrada (PPI)**

A diretriz constitucional da descentralização determina à gestão municipal o comando único no seu âmbito de ação, não apenas com relação ao gerenciamento dos recursos instalados no seu território, como também quanto à responsabilidade pela garantia do acesso da população do seu território aos serviços, de acordo com as necessidades, independente do local onde o atendimento será prestado. A pactuação horizontal entre os gestores, pré-condição para assegurar o acesso aos serviços e aos procedimentos que são oferecidos em outro território, deve estar solidamente constituída, com instrumentos de gestão capazes de garantir as condições pactuadas. Cabe lembrar que a expressão pactuação entre gestores não é sinônima de pactuação entre estado e municípios, mas dos gestores entre si. Inclusive, na manutenção dos sistemas municipais, microrregionais e até mesmo regionais, onde se tem como componente mais forte a pactuação direta entre gestores municipais, com o acompanhamento e a participação do gestor estadual, por meio de suas instâncias regionais.

A pactuação entre gestores sobre o acesso a serviços deve sempre ser compreendida como algo dinâmico, constantemente avaliado e repactuado, uma vez que as condições existentes devem evoluir, especialmente, na capacidade resolutiva da rede de atenção básica e, mesmo na da rede de média complexidade, de modo que a distribuição de serviços deste porte se torne cada vez mais homogênea.

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) não deve servir como um mecanismo de desresponsabilização dos gestores, acomodando-se às condições atuais de oferta de serviços e às normas, aos parâmetros e aos fluxos definidos centralmente. A diretriz da integralidade da atenção à saúde impõe à gestão a capacidade de planificar o sistema de acordo com a necessidade de cada local (existência e intensidade dos problemas de saúde), e com o desenho de estratégias locais, para melhor atender a toda a população. Esse é o desafio na alocação de recursos financeiros, conforme determina o Artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde, e não o arbítrio de valores exclusivamente a partir de parâmetros definidos aprioristicamente (*per capita* ou produção de serviços), no melhor estilo do planejamento normativo e da administração tradicional.

As estratégias de financiamento do sistema, além de contemplarem a melhoria da cobertura da atenção à saúde, devem ter o efeito adicional de incentivar o investimento na ampliação dos recursos existentes, quer nos seus aspectos quantitativos, mas também qualitativos, que incluem aquisição de insumos, tecnologias e capacitação de pessoal, a partir das propostas apresentadas pelo gestor e decididas pelo Conselho de Saúde. Para tanto, é importante que o maior número de gestores possa planejar e implementar novos aportes nos sistemas locais de saúde, para os quais esses recursos adicionais são fundamentais.

A experiência concreta já vivenciada por todos os municípios no Rio Grande do Sul, deve ser aprofundada e qualificada nos espaços regionais, com a discussão da aplicação de todos os recursos físico-financeiros envolvidos na organização dos sistemas loco-regionais

Os Conselhos Regionais de Saúde, criados pela Resolução CES 02/99, tem-se constituído em espaços privilegiados de pactuação e deliberação das ações e formas de aplicação de recursos e responsabilidades compartilhadas dos gestores. A composição dos Conselhos de Saúde, com participação da sociedade organizada também garante o controle social na definição da política de saúde loco-regional.

#### **4.3.2. Aperfeiçoamento do Sistema de Informação**

Para a garantia da eficácia de um projeto de Descentralização e Regionalização do Sistema Estadual de Saúde é necessário que se desenvolvam mecanismos que permitam ao Estado desempenhar o seu papel de Regulador do Sistema, principalmente no âmbito das Ações Regionais. Fundamental nesse sentido é a reformulação do sistema de informações em saúde, buscando adotar a lógica de integração dos diversos sistemas, rompendo com a histórica segmentação existente. O Sistema Gaúcho de Informações em Saúde (SGIS), que está sendo desenvolvido em parceria com diversas entidades, permitirá o fácil acesso ao conjunto das informações em saúde necessárias à gestão, ao planejamento, à avaliação e ao controle dos serviços de saúde. Para dar suporte ao SGIS, a Rede Gaúcha de Informações em Saúde (RGIS) está construindo conectividade e comunicação eletrônica entre os gestores, os conselhos e os serviços de saúde e permitirá, inclusive, o fluxo das informações das Centrais de Regulação.

#### **4.3.3. Aperfeiçoamento dos Mecanismos de Regulação**

Para a operacionalização descentralizada da regulação dos serviços, temos proposto a implantação de Centrais de Regulação que trabalhem com todo o sistema de saúde, integrando as informações dos diversos serviços da Região, e nas quais esteja garantida a participação do Estado e dos municípios em sua gestão. Essas Centrais, que têm parte do investimento necessário previsto no orçamento da SES/RS, permitirão agilidade e facilidade de acesso na marcação de consultas, exames especializados, internações e transporte pré-hospitalar em todas as regiões e será gerenciada pelo município-sede das Coordenadorias Regionais.

Ao contrário de trabalharmos com redes de serviços específicos, como as Gestantes em Risco, Urgência e Emergência, Oncologia e outras, segmentando a atenção à saúde, a SES/RS tem buscado desenvolver projetos que garantam a integralidade da atenção, trabalhando com sistemas completos que visem garantir o acesso facilitado do usuário a todos os serviços necessários. A facilidade de acesso significa, principalmente, a menor distância possível entre o usuário e o serviço, com a garantia de que a responsabilidade pelos encaminhamentos seja dos gestores e não dos usuários.

#### 4 FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO NA ÁREA DA SAÚDE: POLÍTICA DE EDUCAÇÃO NO SUS

Conforme a Lei Federal nº 8080/90, cabe aos gestores do Sistema Único de Saúde exercerem em seu âmbito administrativo, o *ordenamento da formação dos recursos humanos da área* (Art. 6º), *devendo, cada instância, criar Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, onde cada uma dessas Comissões tenha, por finalidade, a proposição de prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições* (Art. 14). Segundo a lei, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, em seu âmbito administrativo *participarão da formulação e da execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde* (Art. 15, Inciso IX).

Tendo em vista esse papel que deve ser exercido pelos gestores do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo e, considerando que a formação ocupa um papel estratégico na condução da política de saúde, o Governo do Estado atribuiu à ESP/RS, ao assumir a atual gestão, a responsabilidade de coordenar o eixo da **formação e desenvolvimento na área da saúde** (pessoal do setor e agentes sociais envolvidos com a gestão de políticas públicas de saúde): política de Educação no SUS. A ESP/RS definiu seu projeto político-pedagógico como **Educação em Saúde Coletiva**, área especializada do conhecimento, capaz de ser ordenada como ensino, pesquisa, documentação e extensão. Para realizar este projeto a ESP/RS propõe três conceitos determinantes:

- **Educação:** processo relativo aos aprendizados, envolvendo aspectos cognitivos e afetivos de caráter sócio-interativo. A educação abrange tanto o campo das construções cognitivas quanto as experiências intensivas resultantes do estar junto e da composição de coletivos de aprendizagem.

- **Saúde:** em seu sentido mais abrangente, saúde é a expressão das condições de vida e trabalho, expressando as determinações das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso às ações e serviços de saúde, mas é, também, a capacidade de enfrentar as diversidades e a capacidade de lutar por qualidade de vida e de mobilizar energias para reinventar a vida.

• *Coletivos*: produção e circulação do conhecimento e das relações sociais; podem estar referidos a um conjunto de pessoas, à articulação de projetos ou ao intercâmbio entre instituições. Essa concepção supõe e propõe processos cooperativos ou de interação, substituindo as noções centralizadoras, totalizadoras e homogeneizadoras para reconhecer a importância da formação de redes, a interação entre diversidades e as parcerias descentralizadas e transversais.

Alguns grandes projetos estão em andamento e outros serão implantados na ESP/RS, para corresponder ao ideário/projeto da **formação e desenvolvimento na área da saúde como eixo estratégico de gestão**:

• **Criação dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (Nuresc), um em cada Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da SES/RS - Portaria SES/RS nº 39, de 1º/12/2000.**

Estes Núcleos determinam a presença da ESP/RS nas 19 CRS, desde 29/03/99, e são parte integrante da estratégia de atuação da Escola de Saúde Pública da SES/RS - constituída pelos princípios da descentralização da gestão, regionalização da atenção, formação e desenvolvimento na área da saúde, desenvolvimento da atenção integral à saúde e fortalecimento das instâncias de pactuação intergestores e de controle social em saúde - com a finalidade de incentivar o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde coletiva, bem como desencadear uma política de formação e de desenvolvimento em cada Coordenadoria Regional. Os Núcleos desenvolvem em cada uma delas, de forma crescente, de acordo suas condições e as características regionais, as ações, até então centralizadas na ESP/RS. Tais ações caracterizam-se pela promoção da educação e da produção de conhecimento por meio do ensino e da pesquisa; das atividades de extensão em educação; da difusão de informação científica e documental; da educação popular e do fomento ao debate das políticas de saúde.

A atuação se dará por meio da articulação dos órgãos formadores no âmbito regional nas áreas de interesse do SUS voltados para os serviços de saúde, viabilizando ações de educação continuada junto aos gestores municipais e servidores das CRS.

A meta do projeto Nuresc será a de articular o desenvolvimento científico e tecnológico regional em saúde coletiva; desencadear uma política de formação e de educação continuada junto aos municípios em cada Coordenadoria Regional de Saúde; articular os órgãos formadores, organizações não-governamentais (ONG) e movimentos sociais, no âmbito regional, nas áreas de interesse do SUS, voltados para

os serviços de saúde, para o debate das políticas públicas em saúde e para a construção dos sistemas municipal e regional de saúde.

• **Criação do Pólo de Educação em Saúde Coletiva, reunindo inicialmente 14 Instituições de Ensino Superior do estado (IES/RS) que oferecem cursos da área da saúde - Portaria SES/RS nº 09/2000, de 08 de maio de 2000. A criação do Pólo atende às determinações da Lei Orgânica da Saúde (Art. 14).**

A meta do projeto Pólo é a de regionalizar a educação continuada e as capacitações para o ordenamento da atenção à saúde, segundo as diretrizes fundamentais do SUS (descentralização da gestão, integralidade da atenção e participação popular) e efetivar o estreitamento dos vínculos entre órgãos formadores, Coordenadorias Regionais de Saúde e Municípios, sendo esta a estratégia política de viabilização da integração formadores-gestores-controle social, necessária tanto às instituições de ensino, quanto ao SUS, chegando a congregar as 22 IES/RS que oferecem cursos de formação de profissionais de saúde.

Para operacionalizar a gestão da Educação no SUS/RS, por meio do Pólo de Educação em Saúde Coletiva, sua plenária definiu a organização de três Comitês Assessores, cada qual incumbido de ações prioritárias de formação e desenvolvimento com características regionalizadas e de co-responsabilidade: Atenção Básica em Saúde Coletiva/Saúde da Família (caracterizado pelo projeto nacional de Pólos de Capacitação para Pessoal de Saúde da Família); Gestão e Planejamento Descentralizados em Saúde (absorvendo o projeto nacional de capacitação das equipes gestoras municipais) e de Apoio à Rede Assistencial do SUS/RS (absorvendo os programas de capacitação para a implantação dos sistemas de referência regional). A reunião de toda a formação e desenvolvimento no interesse do SUS, sob a figura do Pólo de Educação em Saúde Coletiva produz dois efeitos de inovação: a qualificação dos docentes universitários para a gestão do SUS e a inclusão da diversidade do SUS em cada ação educativa. Para o ensino universitário, a redução da distância *Sistema de Saúde – Educação dos Profissionais*; para o trabalho em saúde, a redução da fragmentação entre *serviços e trabalhadores* e, para a gestão do SUS, a redução da fragmentação *Saúde – Educação*.

A implantação definitiva do Pólo de Educação em Saúde Coletiva para o SUS/RS estará buscando a regionalização da educação continuada e o estreitamento dos vínculos entre os órgãos formadores e a organização da atenção à saúde. A relevância dessa integração ensino-serviço não está na definição de conteúdos

programáticos, mas nas mudanças que os saberes em educação permitirem viabilizar na montagem de atividades formativas, contextualizados nas necessidades sociais e no compromisso com a reorganização das estratégias da saúde, principalmente as noções de parceria, interdisciplinaridade, prática multiprofissional, resolubilidade localregional, humanização e vínculo.

- **Criação da Residência Integrada em Saúde - Portaria SES/RS nº 16, de 1º de outubro de 1999.**

Trata-se de uma Residência designada como Integrada e não como Multiprofissional por estabelecer a integração dos Programas de Residência Médica com os Programas de Aperfeiçoamento Especializado (especialização em área profissional); integração entre trabalho e educação (trabalho educativo); integração entre as diferentes profissões da saúde (concepção de trabalho em saúde como Equipe de Saúde), integração entre ensino, serviço e gestão do SUS e integração do campo das ciências biológicas e sociais com a área de humanidades para alcançar a Atenção Integral à Saúde

<b>PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE</b>		
<b>ÁREAS DE ÊNFASE/ESPECIALIDADE</b>	<b>PROFISSÕES</b>	<b>LOCAL DE PROFISSIONALIZAÇÃO</b>
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE COLETIVA PRM de Medicina de Família e Comunidade	enfermagem, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social	Centro de Saúde – Escola Murialdo
SAÚDE MENTAL COLETIVA PRM de Psiquiatria	educação física, educação artística, enfermagem, medicina, psicologia, serviço social e terapia ocupacional	Hospital Psiquiátrico São Pedro / Projeto São Pedro Cidadão
DERMATOLOGIA SANITÁRIA PRM de Dermatologia	enfermagem, medicina, psicologia, serviço social e	Ambulatório de Dermatologia Sanitária
PNEUMOLOGIA SANITÁRIA Pneumologia	enfermagem, medicina e fisioterapia	Hospital Sanatório Partenon
<b>PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – 3º ANO OPCIONAL</b>		
SAÚDE COLETIVA: - Gestão e Planejamento em Serviço de Saúde - Tecnologias do Cuidado em Saúde	profissões da equipe de saúde coletiva	Escola de Saúde Pública/RS

- **Formação Solidária em Saúde: desafio da articulação intersetorial Saúde – Educação e interinstitucional SUS – IES/RS.**

O objetivo deste projeto, Formação Solidária em Saúde, será o de dar apoio à formação e ao desenvolvimento de recursos humanos em saúde por meio de convênio com as Instituições de Ensino Superior do estado (IES/RS) que apresentem programas e projetos envolvendo ensino, pesquisa, extensão e documentação, orientados pelas prioridades locais, microrregionais, regionais ou macrorregionais de melhoria da gestão e/ou da atenção em saúde no SUS/RS.

A Formação Solidária em Saúde permitirá a organização de novos espaços à integração ensino, gestão e controle social no SUS e ao processo ensino-aprendizagem para a graduação, educação permanente e pós-graduação. O apoio relativo ao desenvolvimento de tecnologias de gestão e de assistência orientará as relações entre a pesquisa, documentação e assistência. A acumulação do conhecimento poderá sustentar a elaboração de protocolos de cuidado, de organização e funcionamento dos serviços de saúde e estratégias de gestão de sistema. A pesquisa poderá problematizar a realidade e propor soluções aos dilemas da gestão municipal e regional, da gestão de serviços e inovações gerenciais e assistenciais no sistema de saúde e nos serviços ambulatoriais ou hospitalares.

- **Criação de um Fórum de Educação Popular em Saúde**

Reunindo entidades do movimento social com atuação em Educação Popular em Saúde ou formação de lideranças sociais para a gestão de políticas públicas para recuperar a documentação das práticas educativas junto aos segmentos popular e sindical e ordenar a formação de conselheiros de saúde representantes do segmento de usuários no SUS.

- **Criação de uma Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil Universitário da Área da Saúde**, tendo em vista a proposta de desenvolver a aproximação e interação entre a formação e o Sistema de Saúde, numa proposta de protagonismo aos estudantes.

- **Cooperação e interação com entidades científico-profissionais, sociedades de especialistas e associações de ensino e pesquisa**, abrindo convênios de cooperação técnico-científico-cultural e filiação às Associações de Educação dos Profissionais de Saúde e Associações de Pesquisa e Pós-Graduação..

- **Pesquisa e Documentação em Saúde – definição das Linhas de Pesquisa e da Produção Editorial**

A ESP/RS deve aprimorar o trabalho com a Informação Técnico-Científica em Saúde – ITC, participar da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde – Bireme, coordenar o processo documental de resgate da Memória Institucional da Saúde Pública na SES/RS e estabelecer a integração à Rede Gaúcha de Informações em Saúde – RGIS (Informação Bibliográfica em disponibilidade *on line*).

As Linhas de Pesquisa prioritárias ficam definidas como:

- Estratégias de Organização da Gestão e Atenção à Saúde;
- Construção da Qualidade de Vida: Promoção e Vigilância à Saúde.

A Produção Editorial se fará pela revigoração da Revista Boletim da Saúde, que está desativada, e pela edição de coletâneas de produção intelectual de docentes e alunos da ESP/RS e profissionais da SES/RS.

- **Cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu***

Os cursos de pós-graduação *lato sensu* devem abranger a formação de sanitaristas, de enfermeiros obstetras, de odontólogos em saúde coletiva, de epidemiologistas, de gerentes especialistas em gestão regional e municipal da saúde e de gerentes especialistas em gestão de serviços de saúde.

- **Cursos de Educação Profissional**

A Educação Profissional abrange cursos de habilitação profissional e cursos de qualificação básica, voltados para o pessoal com escolaridade básica. Na ESP/RS a habilitação profissional deverá priorizar os cursos de formação de Técnico em Enfermagem e de Técnico em Saúde Bucal, enquanto a qualificação básica deverá priorizar o curso de preparação para o Acompanhamento Terapêutico, de Atendentes de Consultório Dentário e de Agente de Redução de Danos.

#### **4.5. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SANGUE E HEMODERIVADOS**

A política de assistência farmacêutica e de Sangue e Hemoderivados é desenvolvida através da FEPPS, Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde. A partir de 1999 a gestão estadual, empenhou-se na reestruturação da

estrutura da Fundação, no sentido de adequá-la para o efetivo desempenho de suas funções. Procurou-se trabalhar com os referenciais estratégicos de planejamento e gestão, com aproveitamento de instrumentos que introduzem objetividade e indicadores de precisão e exatidão, adequados à cultura e aos tipos de atividades. Uma nova estrutura organizacional foi implantada, potencializando o LAFERGS – Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul, para responder a questões da assistência farmacêutica, ampliando suas atividades para além de produção de medicamentos. Foram reforçadas as áreas de pesquisa e planejamento e iniciou-se, na área de recursos humanos, à revisão do plano de cargos e salários.

- **Sangue e hemoderivados**

A política de sangue e hemoderivados tem como objeto principal a implementação do projeto da hemorrede do Estado, obedecendo aos princípios de descentralização e regionalização.

O Rio Grande do Sul conta atualmente com uma hemorrede pública composta pelos hemocentros regionais de Santa Rosa, Caxias do Sul e Passo Fundo, em pleno andamento. Em implantação encontram-se os hemocentros de Santa Maria e Pelotas e os hemonúcleos de Palmeira das Missões, Alegrete e Cruz Alta. A expansão da rede, com recursos federais e do Estado, inclui ainda a ampliação do HEMORGS e construção da clínica hematológica e modernização gerencial da hemorrede em Porto Alegre.

O hemocentro de referência estadual, HEMORGS – Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul, situado em Porto Alegre tem como finalidade, enquanto unidade produtora de insumos e serviços, “prestar assistência e apoio hemoterápico e hematológico à rede de serviços de saúde do Estado, inclusive de maior complexidade tecnológica”, assim como participar da coordenação da política de sangue e hemoderivados da SES, em sintonia com outros setores encarregados da organização da atenção e vigilância em saúde. Além da rede própria, conta com serviços de 47 unidades da rede conveniada para coleta e fracionamento e/ou testes sorológicos.

- **Medicamentos**

A política do gestor estadual quanto a medicamentos, imunobiológicos e outros produtos correlatos para a atenção à saúde no SUS, tem objetivado a ampliação e

expansão da produção bem como a melhoria das condições de armazenamento e distribuição dos medicamentos.

A produção de medicamentos, imunobiológicos e outros produtos correlatos para utilização do SUS-RS é realizada pelo LAFERGS. Em 1998, foram constatadas pela Vigilância Sanitária diversos problemas estruturais de inadequação das condições do laboratório para o desempenho de suas atividades.

A partir de 1999, têm sido desenvolvidos esforços no sentido de elaborar e implementar o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, num trabalho conjunto da SES, através do LAFERGS, com a Coordenação da Política de Assistência Farmacêutica e os municípios, representados pela ASSEDISA.

Em sintonia com o plano a gestão do SUS, vem, a partir de 1999, ao contrário dos anos anteriores, fazendo grandes investimentos na recuperação das instalações, na modernização da infra-estrutura e equipamentos, na adequação às regulamentações técnicas vigentes e na capacitação de recursos humanos, visando a consolidação da FEPPS e otimização de seus resultados, em prol da saúde da população.

- **Apoio à Vigilância em Saúde**

O LACEN tem por finalidade coordenar, supervisionar, implementar e realizar as atividades da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública do Estado. A diretriz de organização da rede, como nas demais áreas de atuação, foi de descentralização com a regionalização e hierarquização da rede: Laboratórios de Referência Estadual, Municipal, Local e de Fronteira. De acordo com as condições locais alguns laboratórios estaduais foram municipalizados e outros, localizados em municípios sede de regionais, assumiram o papel de laboratório municipal, compartilhando as ações de Vigilância Sanitária.

Atualmente a rede estadual é composta por 16 laboratórios regionais, servindo de apoio à Vigilância em Saúde, capacitando técnicos e exercendo outras atividades pertinentes, incluindo o apoio técnico aos municípios. Observa-se a necessidade de reforço às coordenadorias regionais para que possam cumprir o seu papel, bem como a expansão e melhoria da rede, incluindo áreas de fronteira, as quais são prioridades para os próximos anos.

Destaca-se, a partir de 1999, além da descentralização, a prioridade para o reordenamento interno, visando integrar efetivamente os diferentes programas e projetos da área numa política de Vigilância em Saúde, tanto no laboratório central quanto nos regionais.

O LACEN é reconhecido estadual e nacionalmente, através do CIT/RS – Centro de Atendimento, Informação e Controle Toxicológico. O CIT é hoje um Centro de Referência Nacional para atendimento toxicológico e seu banco técnico de monografias está disponibilizado para todos os centros brasileiros. Futuramente, também poderá ser consultado pela comunidade científica internacional, através de programa específico da Organização Mundial da Saúde.

#### **4.6. SAUDE DO TRABALHADOR**

Projeto prioritário da atual gestão da SES, a Implementação da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no RS, pauta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, apresentados esquematicamente pela Portaria no. 3120, de 1º de julho de 1998 do Ministério da Saúde e nas diretrizes e eixos prioritários da atual gestão, já mencionados anteriormente.

O objetivo é organizar e implantar a descentralização e regionalização da atenção integral à saúde do trabalhador, por meio do estabelecimento de mecanismos de regulação e de organização de fluxos de referência e contra-referência, bem como de critérios para o estabelecimento de responsabilidade nas ações da atenção básica, de média e alta complexidade. Orienta-se no sentido de subsidiar as ações dos trabalhadores em saúde, dos serviços, dos gestores municipais e estadual no funcionamento e ações a serem desenvolvidas. O projeto define a área de abrangência e mecanismos de relações intergestores de forma compartilhada, numa nova ordem de pactuação de ações e responsabilidades integradas que incorpore em suas práticas mecanismos de análise e intervenção sobre os riscos à saúde decorrentes dos processos e dos ambientes de trabalho.

O compromisso dos gestores e das estruturas da atenção à saúde segue as definições da Norma Operacional da Saúde do Trabalhador, NOST-SUS complementar a NOB-SUS, Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Os indicadores, parâmetros e metas das ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador serão estabelecidas pela PPI e deverão compor os Planos de Aplicação e Relatórios de

Gestão para acompanhamento dos serviços e dos municípios no desenvolvimento da área de saúde do trabalhador no SUS.

A rede comportará serviços de abrangência municipais voltados para a atenção básica e regionais como centros de referência para a média complexidade, em condições de realizar ações de assistência, vigilância, educação e capacitação dos trabalhadores da rede do SUS.

O projeto de Regionalização da saúde do Trabalhador no Estado prevê a criação de uma rede de serviços especializados, em 11 regiões, mediante cumprimento de Protocolo Técnico, em parceria com os municípios. A Rede de Observatórios para Acidentes e Violências compreende 27 hospitais de urgência e emergência no RS.

#### **4.7. SAÚDE MENTAL**

A atual gestão do SUS/RS orienta-se pela política de garantir, em todos os níveis, a atenção integral à saúde mental e resgate da identidade e da cidadania, na área da saúde mental, tendo como princípios: municipalização, intersetorialidade, atenção em rede hierarquizada e descentralizada, e constituição de novas formas de cuidado, incluindo moradias assistidas ou Serviços Residenciais Terapêuticos.

A expressão dessa política é o projeto São Pedro Cidadão, fruto de um longo processo no campo da luta anti-manicomial, no Rio Grande do Sul. O referido movimento, consubstanciado no Fórum Gaúcho de Saúde Mental, desencadeou a possibilidade de aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica, em 1992, que estabeleceu a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental.

Esta rede encontra-se em processo de implementação. A maioria dos municípios gaúchos já assumiu responsabilidades na atenção à saúde mental.

## 5. AGENDA ESTADUAL DE SAÚDE 2001/2002

A agenda estadual de saúde 2001/2002, pactuada entre os gestores nos diferentes níveis, elegeu os eixos prioritários e objetivos a serem alcançadas pela gestão do SUS, no âmbito estadual, no Rio Grande do Sul, os quais, de forma sintética, apresentamos, a seguir:

### EIXO 1 – **Redução da mortalidade infantil e materna;**

- Reduzir a mortalidade infantil e materna

### EIXO 2 – **Controle de doenças e agravos prioritários;**

- Melhorar a cobertura vacinal por DPT, anti-sarampo, Sabin, anti-hepatite, BCG, Hib em crianças outros imunizantes para grupos prioritários;
- Garantir a vigilância e a investigação epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória (DNC);
- Diminuir a morbi-mortalidade por doenças de veiculação por vetores e outros fatores ambientais;
- Aumentar a capacidade de diagnóstico e tratamento de casos de tuberculose pulmonar e hanseníase;
- Reduzir a taxa de incidência de AIDS, especialmente em segmentos populacionais mais vulneráveis;
- Reduzir a morbi-mortalidade por doenças do aparelho cardio-circulatório, do aparelho respiratório, por Diabetes Mellitus tipo II, doenças neoplásicas, causas externas e agravos relacionados ao trabalho
- Reduzir a desnutrição infantil.
- Alimentar e manter os Sistemas de Informação, objetivando a melhoria do processo de conhecimento e análise da situação de saúde
- Envolver a população nas ações de vigilância em saúde

### EIXO 3 – **Melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde**

- Elevar a disponibilidade de medicamentos na rede pública de saúde, inclusive de genéricos;
- Ampliar a capacidade da hemorede pública do Estado;
- Fiscalizar os estabelecimentos de produtos relacionados à saúde e os serviços de saúde;
- Aumentar o número de transplantes realizados no Estado;
- Ampliar o acesso à rede pública de ações e serviços de saúde;
- Implantar Centrais Regionais de Regulação da oferta de ações de saúde;
- Acompanhar a aplicação de recursos em ações e serviços de saúde (SIOPS), Municipalização Solidária da Saúde e Saúde Solidária;
- Cadastrar estabelecimentos de saúde e usuários do SUS, com vistas à emissão do Cartão Nacional de Saúde.

### EIXO 4 – **Reorientação do modelo assistencial de descentralização:**

- Implantar o Plano Diretor de Regionalização no RS;
- Implantar ações e serviços, com novas modalidades de atenção, e estruturar a atenção básica nas comunidades indígenas;
- Descentralizar os recursos financeiros;
- Implementar a política de qualificação das Unidades Hospitalares – Saúde Solidária.

**EIXO 5 – Desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde**

- Formar profissionais de saúde em nível de especialização, aperfeiçoamento, atualização/capacitação e residência integrada em saúde;
- Promover qualificação básica e educação profissional;

**EIXO 6 – Qualificação e controle social**

- Implementar instâncias regionais, capacitar conselheiros, implantar disquedenúncia, e apoiar a realização de conferências de saúde e outras atividades correlatas.

## 6. FINANCIAMENTO

A Constituição Federal, determina, no Parágrafo Único do Art. 198, que “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Além disso, a Lei Federal 8080/90 no Art. 26 determina ser de competência da União, a definição dos valores da Tabela SUS, especificando também ser de sua competência a definição das formas de reajuste e de pagamento, garantindo a efetiva qualidade dos serviços. Ainda a Lei 8080/90 em seu Art. 31 define: “O orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de previdência social e da assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de Diretrizes Orçamentárias.

A Emenda Constitucional nº. 29, alterou os artigos 34,35,156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Em seu artigo 77, diz que até o exercício de 2004, os recursos mínimos comprometidos nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes (...) no caso dos Estados e do Distrito Federal, a doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios; e (...)

Parágrafo 1º. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será pelo menos de sete por cento. (...)

Parágrafo 3º. Os recursos dos Estados, e do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão comprometidos por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.

Esta legislação significou uma conquista da população, que, desde a criação do SUS vem lutando por recursos suficientes e regulares para a saúde. No entanto,

mesmo após a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, o financiamento da saúde permanece na agenda política de gestores, conselheiros e dos demais atores da saúde. Além de insuficientes, o fato da Emenda ter fixado com mais determinação os pisos de gasto em estados e municípios, diferentemente da relativa flexibilidade que permitiu ao orçamento federal, têm mobilizado os diferentes atores no sentido de novas definições mais justas para as três esferas de governo.

O Estado do Rio Grande do Sul avançou na política de financiamento por meio da aprovação da Emenda Constitucional nº. 25, de 1999, estabelecendo no Parágrafo 3º. do Art. 244 que: *o Estado deverá aplicar em ações e serviços de saúde, no mínimo, 10% (dez por cento) da sua Receita Tributária Líquida, excluídos os repasses federais oriundos do Sistema Único de Saúde, considerando ações e serviços de Saúde os Programas de Saúde no Orçamento do Estado (Constituição do Estado do Rio Grande do Sul)*

#### • Recursos Estaduais

O volume de recursos investidos em 1999 e 2000 (primeiro e segundo ano da atual administração) foi de 12,06% e 11,71% da Receita Tributária Líquida, índices muito superiores aos realizados na administração anterior, conforme demonstrado na tabela abaixo.

**Tabela 12** - Demonstrativo da Despesa da Secretaria da Saúde em relação as Receita Tributária Líquida (RTL) e Receita Líquida de Impostos (RLI).  
R\$ 1,00

RECEITAS / ANOS	1995	1996	1997	1998	1999	2000
A) Receita Tributária Líquida	2.706.415,00	3.122.303,00	3.136.980,00	3.332.000,00	3.138.700,00	3.782.883,00
B) Receita Líquida de Impostos	3.226.700,00	3.700.700,00	3.796.700,00	4.409.800,00	4.709.000,00	5.183.300,00
C) Empenhado na Sec. Saúde	140.900,00	157.300,00	232.700,00	268.800,00	378.600,00	442.855,00
Relação C/A	5,21%	5,04%	7,42%	8,07%	12,06%	11,71%
Relação C/B	4,37%	4,25%	6,13%	6,10%	8,04%	8,54%

Fonte: Contadoria e Auditoria-Geral do Estado do Estado (dados do Balanço-Geral do Estado) Fundo Estadual de Saúde

Numa iniciativa inédita no país, conforme já mencionado, a SES implantou, em 1999, projetos de cooperação técnico e financeira com os municípios denominados, de Municipalização Solidária e Saúde Solidária, assumindo o seu papel constitucional de

cooperar financeiramente com todos os municípios. E, conforme podemos ver na tabela 15, houve não apenas um maior aporte de recursos transferidos para os municípios, como também este se deu de uma forma redistributiva. Em 1988, o valor *per capita* maior (Macrorregião Metropolitana) foi aproximadamente 19 vezes maior do que o menor valor (Macrorregião Vales). Em 2000, essa diferença diminuiu para aproximadamente 4 vezes.

Uma outra linha de financiamento a ser implementada com recursos do tesouro do Estado é o Incentivo Adicional à Regionalização da Saúde, cujos critérios e tetos serão definidos nas assembleias regionais do Orçamento Participativo. Os projetos elencados são os de caráter estratégico para a rede regional de assistência. O Plano de Aplicação dos recursos deve ser aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, com parecer prévio do Conselho Regional.

- **Recursos Federais**

A partir da descentralização, principalmente após a edição das NOBs 01/93 e 01/96, o Ministério da Saúde passou a determinar para cada Unidade da Federação um valor de gasto anual, que corresponde ao *Teto Financeiro da Assistência*, o qual deveria ser suficiente para custear todos os serviços executados e necessários à saúde da população de cada Estado. Além desses recursos, são destinados a cada Estado, recursos para custeio de alguns serviços de Alta Complexidade – Custo que compõem o FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação), como Medicamentos Excepcionais, Transplantes, Cirurgia de Queimados, Radioterapia, etc. Os serviços pagos pelo FAEC não estão incluídos no chamado *Teto Financeiro da Assistência*.

Dependendo da forma de Gestão em que se encontra cada Estado ou Município, estes recursos são repassados diretamente aos Fundos de Saúde ou são utilizados pelo MS para custeio de serviços naquela Unidade Federada. Os Estados e Municípios que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema recebem os recursos diretamente em seus Fundos de Saúde, anteriormente à prestação de serviços, e independente do valor gasto, devendo efetuar o pagamento dos prestadores de serviços.

**Tabela 13 - Comparativo de valores alocados pela SES/RS diretamente nas Macrorregiões do Estado do RS nos anos de 1995 a 2000, em valores nominais e per capita\***

Macrorregião	1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	R\$	Per capita										
Centro-Oeste	434.478,24	0,39	4.150.567,95	3,68	6.851.281,35	6,01	3.660.242,25	3,18	9.008.614,76	7,74	19.317.515,79	16,43
Metropolitana	149.017.320,86	38,44	159.660.098,14	40,54	184.315.719,79	46,02	213.099.754,88	52,46	271.131.309,91	65,86	294.675.058,96	70,62
Missioneira	183.008,14	0,17	4.084.929,56	3,99	6.906.098,00	6,74	4.947.750,26	4,82	7.444.346,31	7,25	18.744.826,66	18,22
Norte	162.443,99	0,16	3.234.861,09	3,16	7.243.895,69	7,04	4.178.687,28	4,04	9.264.726,99	8,95	27.175.002,51	26,15
Serra	1.208.292,99	1,45	5.285.857,83	6,06	8.613.896,39	9,64	12.708.562,98	13,97	14.356.827,41	15,48	23.394.808,33	24,78
Sul	153.454,47	0,16	2.047.069,51	2,14	5.405.265,02	5,58	3.435.314,95	3,52	9.010.245,22	9,15	17.066.647,20	17,20
Vales	152.758,10	0,22	1.928.016,83	2,79	4.938.716,97	7,05	1.969.300,94	2,78	4.832.246,33	6,74	13.173.621,11	18,19
<b>Total</b>	<b>151.311.756,79</b>	<b>15,80</b>	<b>180.391.400,91</b>	<b>18,72</b>	<b>224.274.873,21</b>	<b>22,97</b>	<b>243.999.613,54</b>	<b>24,73</b>	<b>325.048.316,93</b>	<b>32,60</b>	<b>413.547.480,56</b>	<b>41,04</b>

Fonte: Relatórios de Gestão SES/RS e Fundo Estadual de Saúde

\* Exclui as U.O. 2033 e 2047, Encargos Gerais e FUNAFIR; Dados populacionais conforme Estimativas do IBGE; Recortes de Macrorregiões segundo a composição existente em dezembro de 2000.

No Estado do Rio Grande do Sul, atualmente, temos 10 Municípios em Gestão Plena do Sistema: Cachoeira do Sul, Canela, Caxias do Sul, Giruá, Panambi, Pelotas, Porto Alegre, Santa Rosa, Santa Cruz do Sul e Serafina Corrêa. Estes Municípios recebem os recursos, pactuados pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB, para custeio dos serviços executados em sua jurisdição, diretamente do Ministério da Saúde.

Os serviços executados nos demais Municípios são custeados pelo Piso da Atenção Básica, que é repassado diretamente para os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica, e pelo Teto que permanece sob gestão Estadual. O Estado do Rio Grande do Sul, apesar de ter tido sua habilitação em Gestão Plena aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, ainda permanece em Gestão Avançada do Sistema Estadual, devido a não ter conseguido negociar com o MS um valor de Teto suficiente para o custeio de seus serviços. Portanto, os recursos destinados ao custeio dos serviços sob Gestão Estadual, não são repassados ao Fundo Estadual de Saúde.

No ano de 2000, o total do Teto Financeiro da Assistência, excluída a Atenção Básica, para o RS foi de R\$ 680.423.838,00 (seiscentos e oitenta milhões, quatrocentos e vinte e três mil, oitocentos e trinta e oito reais), valor que foi totalmente insuficiente ao custeio da capacidade física e operacional do SUS, bem como da necessidade assistencial dos Usuários do SUS. Destes recursos 57%, ou seja, R\$ 388.385.189,00 (trezentos e oitenta e oito milhões, trezentos e oitenta e cinco mil, cento e oitenta e nove reais), foram repassados aos Municípios em Gestão Plena, permanecendo 43% sob a Gestão do Estado.

Deve-se observar que de 95 a 2000, enquanto o RS teve seu Teto reajustado em 83%, outros Estados tiveram reajustes bem maiores, por exemplo, a Bahia teve 127% de aumento, Alagoas 123% e Pernambuco 100%.

A consequência é a permanente insuficiência de recursos desde 1998, para fazer frente ao custeio dos serviços. Naquele ano a produção paga foi menor do que a apresentada devido a “glosas” e “bloqueios” efetuados nos serviços sob administração do Estado para adequação ao Teto.

Em 1999 e 2000, o Estado gastou 5 e 11,5 milhões a mais que o teto estabelecido pelo MS, conforme pode ser observado na tabela a seguir.

**Tabela 14 - Valores Pagos como Produção no RS em 1999 e 2000**

<b>Grupos de Procedimentos</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
Internação hospitalar	307.067.401,00	353.707.066,00
FIDEPS	78.540.188,00	72.089.909,00
Média Complexidade Ambulatorial	129.543.377,00	135.755.904,00
Terapia Renal Substitutiva	53.929.970,00	62.957.770,00
Oncologia	32.637.007,00	41.655.184,00
Hemoterapia	21.974.381,00	25.861.458,00
<b>Total gasto</b>	<b>623.692.324,00</b>	<b>692.027.291,00</b>
<b>Teto</b>	<b>618.699.928,00</b>	<b>680.423.838,00</b>
<b>Diferença entre Gasto e Teto</b>	<b>4.992.396,00</b>	<b>11.603.458,00</b>

Fonte: CRASS/SES/RS

Outra linha de recursos federais são os convênios para determinados programas e que representou, em 2000, cerca de 12% dos gastos estaduais.

- **Recursos para 2001**

Prevê-se para 2001 um aumento dos recursos aplicados do Estado e diminuição dos recursos federais, conforme abaixo:

**Tabela 15 – Dotação orçamentária com alteração, 2000 e 2001**

<b>Dotação com alteração</b>	<b>Desp.c/Pessoal e Encargos</b>	<b>Outras Despesas Correntes</b>	<b>Investimentos</b>	<b>Outras Despesas de Capital</b>	<b>TOTAL</b>
<b>2000</b>					
Recursos Estaduais	154.766.523,26	375.853.260,01	5.363.067,42	23.830.062,48	<b>559.812.913,17</b>
Recursos Federais	1.827.396,26	42.829.450,67	5.210.007,92	22.343.087,55	<b>72.209.942,40</b>
<b>2001</b>					
Recursos Estaduais	188.730.419,48	522.709.230,78	2.955.589,97	47.794.969,25	<b>762.190.209,48</b>
Recursos Federais	2.997.289,63	37.878.156,65	1.590.693,77	19.504.943,01	<b>61.971.083,06</b>

Fonte: Sistema de Administração Financeira do Estado – AFE  
Fundo Estadual de Saúde -FES

## **7 – CONCLUSÃO**

O presente documento, atualiza o Plano Estadual de Saúde, aprovado para o período de 1997 a 2000 e atualizado para o período até 2002 no início da atual gestão, tendo suas diretrizes apresentadas ao Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) em sua primeira reunião de 1999. Essa versão foi enviada ao Ministério da Saúde por ocasião do pleito de habilitação à Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde, em março de 1999. A atualização para o período 2001-2004, cuja síntese é apresentada neste documento, baseou-se, como já citado, nas diretrizes do próprio SUS, estabelecendo estratégias que foram discutidas e aprovadas nas instâncias de deliberação e pactuação da política estadual de saúde, que são o Conselho Estadual de Saúde e os Conselhos Regionais de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), bem como encaminha as principais determinações da 3ª Conferência Estadual de Saúde.

Os projetos estratégicos nele contidos, bem como as metas e prioridades, foram todos discutidos e aprovados na CIB e no CES, conforme relatam as atas do período que acompanham este documento.

As estratégias e projetos aqui definidos como prioritários e estruturantes do SUS no Estado, encontram-se em andamento e devem ser implementados e aprimorados nos próximos períodos de gestão.

# ANEXO



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE  
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-CES/RS

**ATA DA 1ª REUNIÃO PLENÁRIA ORDINÁRIA DO CES/RS - 1999**

1 Aos 21 dias do mês de janeiro de 1999, no auditório do Prédio dos Conselhos, à rua Carlos  
2 Chagas, 55 - 11º andar, reuniu-se o Plenário do CES/RS com o seguintes pontos de pauta: 1º)  
3 **Apresentação das Propostas da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente, pela Secretária**  
4 **Maria Luiza Jaeger e sua equipe e 2º) Assuntos Gerais.** Estiveram presentes os  
5 conselheiros titulares: Sebastião Pinto, Luiz Lauer, Valdir Basso, Olavo Kehwald, Odil  
6 Gomes, Luís Bolzan, Adalgiza Araújo, Sonia Cruz, Silvestre Cachanoski, Eliana Carvalho,  
7 Ana Valente, Amaro Souza, Jairo Tessari, Ivo Fortes, Carlos Duarte, Flávio Lewgoy, Carlos  
8 Soares, Maria Helena Silva, Carlos Alexandre Geyer e Jurema Bildhauer ; e os conselheiros  
9 suplentes: Jacinda Lehmen, Adair Rocha, Beatriz Kunkel, Milton Kempfer, André Gonzales,  
10 Marilda Soares, Elise Sehmen, Dorival Becker, Irineu Grinberg, Carlos Karlinski, Rose  
11 Silveira, Maria Scolari, Maria Carrion, Carlos Lopes, Lurdes Rosseto, Sérgio Vallim, Breno  
12 Barbosa, Antônio Duran, Vera Sebben, e Mario Baldasso. Participaram também, na condição  
13 de visitantes: Leila Almeida-Famurs; Araci e Zaida Rosa, do Programa Estadual do  
14 Tabagismo da SSMA; Maria Lilia Daleiro-SINDSEPE/RS; Florizeu Campos, da  
15 Coordenadoria da 1ª Região Sanitária; Eunice Fochi e Aurea Maciel, da Escola de Saúde  
16 Pública; Francisco Isaías da Assedisa e Maristela Lima, Coordenadora da 18ª Região  
17 Sanitária. A conselheira Adalgiza instala a Plenária do CES/RS às 14:03min e a conselheira  
18 Eliana Carvalho procede à leitura da ata referente à 18ª Reunião Plenária de 1998. A mesma é  
19 aprovada sem retificações. A conselheira Adalgiza apresenta o seguinte expediente: 1) Leitura  
20 da Moção de Repúdio aprovada na 1ª Conferência Regional de Saúde da 6ª Região Sanitária,  
21 que refere sobre o atendimento do SUS na região, principalmente o não atendimento pelos  
22 profissionais médicos anestesistas. A Mesa Diretora informa à representante do CRS da 6ª  
23 Região, conselheira Beatriz Kunkel, que a moção será encaminhada. A Mesa prossegue  
24 informando que recebeu dos conselheiros da EMATER material sobre propaganda veiculada  
25 em jornal, onde distribuíam-se amostras grátis de veneno, os representantes da EMATER  
26 fazem encaminhamento no sentido de que o CES/RS analise as formas de punição ao  
27 fabricante do produto e veiculante da propaganda. A conselheira Adalgiza registra a presença  
28 do Procurador da República, Dr. Deroci Cirillo, da Coordenadora da 10ª Região Sanitária,  
29 Maristela Lima; do representante da Secretaria do Trabalho, conselheiro Gilmar Gomes; do  
30 ex-conselheiro Francisco Isaías, Presidente da ASSEDISA e do também ex-conselheiro  
31 Florizeu Campos, atual Coordenador de Saúde da 1ª Região. A Mesa Diretora e o Plenário,  
32 de comum acordo, abrem antecipadamente **Assuntos Gerais.** A conselheira Maria da  
33 Conceição Carrion registra as péssimas condições de ventilação no auditório, dificultando aos  
34 os conselheiros o bom desempenho suas funções na Plenária. A conselheira Adalgiza diz que

35 este é o momento de mostrar à SSMA e a Secretaria de Trabalho e Ação Social a necessidade  
36 de melhorar as condições de trabalho dos conselheiros para melhor exercerem o seu cargo de  
37 relevância pública . O conselheiro Ivo Fortes despede-se do CES/RS, na condição de  
38 conselheiro, para assumir um cargo na Secretaria de Justiça e Segurança, e faz questão de  
39 registrar o quanto foi importante o CES/RS para sua vida. O conselheiro Luís Bolzan  
40 questiona o Dr. Deroci Cirillo em relação as providências tomadas pelo Ministério Público  
41 para investigar denúncias sobre a existência de celas fortes no Hospital Olivê Leite. O Dr.  
42 Deroci responde que foi efetuado encaminhamento e aberto expediente para verificação,  
43 inclusive estão avançando com algumas providências que poderão ir até o fechamento da  
44 instituição. A conselheira Adalgiza abre o ponto de pauta **Apresentação das Propostas da**  
45 **Secretaria de Saúde e Meio Ambiente, pela Secretária Maria Luiza Jaeger e sua equipe,**  
46 desejando um bom relacionamento entre a SSMA e o CES/RS. A Secretária Maria Luíza  
47 Jaeger inicia a explanação falando da importância de um órgão deliberativo fiscalizador da  
48 política de saúde como o CES/RS, e que a política da SSMA será no sentido de trazer todas as  
49 deliberações da nova equipe que referem-se à Política de Saúde deste Estado, para este fórum  
50 de discussão. A Secretária apresenta os novos representantes da Secretaria de Saúde junto ao  
51 CES, a equipe será integrada pelo Sr. Alcindo Ferla, Chefe de Gabinete, Ana Muller,  
52 Coordenadora do DAHA, Sr. Celso dos Anjos, Diretor Geral da SSMA, e como suplentes:  
53 Ana Cecília e Carmem Degani .A Secretária segue explicando que ainda estão na fase de  
54 avaliação dos projetos do Governo anterior: a reorganização da SSMA; a descentralização de  
55 recursos para os Municípios: a FEPPS, juntamente com a política estadual para  
56 medicamentos, os recursos do Fundo Estadual de Saúde, os contratos com os hospitais  
57 filantrópicos em dificuldades e, por último, o papel do Estado no controle e na  
58 complementaridade das Ações de Saúde executadas na ponta. Em relação aos contratos e  
59 convênios, a Secretaria seguirá a Lei de Licitação 8666. Informa, também, os compromissos  
60 desta gestão: discutir a Estadualização do Hospital Presidente Vargas; pleitear junto ao  
61 Ministério da Saúde a Gestão Plena do Sistema Estadual, garantir que as verbas da Saúde no  
62 Estado estejam no Fundo Estadual de Saúde e que sejam gerenciadas pela SSMA, com  
63 fiscalização do CES/RS. A coordenação da Mesa abre para perguntas. O conselheiro Jairo  
64 Tessari questiona a respeito dos recursos adicionais para urgências, emergências e gestantes  
65 de alto risco repassados para o prestador de serviço, desde de junho de 1998, quando a  
66 portaria 2925 foi divulgada. O conselheiro diz que este sistema deveria funcionar, mas até  
67 hoje não se viabilizaram estes recursos no RS. O conselheiro Llopart questiona em nome da  
68 Comissão de Fiscalização, a respeito do orçamento: qual a procedência dos recursos, o projeto  
69 e elemento dentro da clausula dois. O conselheiro Carlos Soares sugere que a nova equipe da  
70 Secretaria implante em definitivo a PPI no Estado, e finaliza solicitando que a Secretaria  
71 analise a possibilidade da Escola de Saúde Pública apoiar os cursos de formação de  
72 conselheiros. A conselheira Beatriz Kunkel questiona a respeito dos PACS - Programa de  
73 Agentes Comunitários, questão do pagamento e função destes agentes de Saúde, e finalizando  
74 a conselheira questiona a situação dos médicos anestesistas, qual é a postura e o plano da  
75 SSMA a respeito. A Secretária Maria Luiza comunica que vai agendar reunião com a  
76 Associação dos Hospitais Filantrópicos, hospitais universitários, hospitais privados,  
77 Ministério Público e INSS para discutir a questão relativa à Lei dos Contratos. Em relação à  
78 formação de conselheiros, o objetivo da SSMA é rediscutir a questão do Polo de Capacitação,  
79 para Saúde da Família e Agentes de Saúde. Em relação ao PACS, ele continua, pois é um

80 projeto do Governo Federal, sustentado por Contribuição Social federal. A Sra. Ana Muller  
81 explica que, em relação à PPI, a nova equipe encontrou o documento pronto, e um das  
82 primeiras solicitações da Associação dos Municípios e Secretários é que se reediscuta este  
83 documento. O conselheiro Luís Bolzan questiona como a SSMA pretende atingir os 10% do  
84 orçamento para Saúde, finalizando, o conselheiro questiona sobre o Grupo de  
85 Acompanhamento e Avaliação de Assistência Psiquiátrica Hospitalar, como está sua situação  
86 e o que a Secretaria pretende em relação ao Grupo. O conselheiro Olavo diz que está em  
87 tempo de formular uma Lei que impeça Secretários de Saúde de exercerem as presidências  
88 dos CMS, e pede um retorno em relação à denúncia efetuada pelo conselheiro há um ano,  
89 sobre a venda de fichas médicas. O conselheiro Luciano Saltiel questiona se já existe uma  
90 predisposição de operacionalizar o Piso Estadual de Saúde. O conselheiro Carlos Duarte  
91 questiona como a nova equipe vai lidar com a falta de medicamentos para o combate à AIDS,  
92 e pede esclarecimentos sobre convênio assinado entre o GAPA e a Secretaria de Saúde, onde  
93 previa-se a liberação de recursos para o GAPA, mas até hoje não houve repasse de recursos e  
94 o conselheiro questiona como fica esta situação. A conselheira Lourdes solicita que a SSMA  
95 promova campanha pela aprovação da PEC 169, e que também elaborassem uma política de  
96 Saúde do Trabalhador e dos Agrotóxicos. A secretária Maria Luiza Jaeger responde que é  
97 compromisso de governo usar 10% da receita tributária líquida, isso vai ser cumprido, em  
98 relação a Político de Saúde Mental está se elaborando uma proposta, a partir do Projeto São  
99 Pedro Cidadão, a questão dos Secretários de Saúde serem também os presidentes dos  
100 Conselhos, com toda certeza deverá ser rediscutida. Em relação à venda de fichas, a Secretaria  
101 Estadual vai discutir com a Secretária Municipal de Porto Alegre a melhor maneira de coibir  
102 este problema, Quanto ao Piso Estadual de Saúde, nós estamos na fase de abrir o orçamento,  
103 convidando a ASSEDISA para discutir a operacionalização do PES e após apresentar ao CES,  
104 para aprovação. Quanto ao GAPA, a SSMA vai verificar o que houve com o Convênio. A  
105 respeito dos medicamentos, o Estado está com sérios problemas, criou-se uma Comissão para  
106 tratar esta questão, e a partir disso comprar novamente os medicamentos. A questão da PEC  
107 169, a Secretaria está levando para reunião do CONASS, para que encaminhe ao Conselho  
108 Nacional de Saúde. Em relação à Saúde do Trabalhador, a referida Comissão na Secretaria foi  
109 reestruturada, e redigiu-se uma proposta de política em relação a este problema. O conselheiro  
110 Silvestre Cachanoski questiona a entrada em nosso País de produtos sem controle.  
111 principalmente a erva mate, e como está o andamento de programas de controle como o do  
112 Simulídeo. O conselheiro Carlos Soares chama a atenção sobre a Vigilância Sanitária. Se ela  
113 não estiver bem estruturada ocasionará a queda de toda uma estrutura de SAÚDE. A  
114 conselheira Eliana questiona como Secretaria pensa reorganizar e estabelecer a política do  
115 Sistema Hospitalar do RS. A Secretária responde que em relação à Vigilância Sanitária a  
116 proposta é a reestruturação, formando uma equipe multidisciplinar. A conselheira Adalgiza  
117 agradece a presença da Secretária Maria Luiza Jaeger em plenário e abre **Assuntos Gerais**. O  
118 conselheiro Carlos Soares diz que o CNS foi omissos na Plenária Nacional de Conselheiros de  
119 Saúde, e posteriormente fez uso deste evento no seu periódico. Nada mais havendo a tratar, a  
120 presidente do CES/RS encerra a presente reunião às 17:00min, da qual eu, Eduardo Grahl  
121 Muller, lavrei a presente ata, que após leitura e aprovação será devidamente assinada pela  
122 Mesa Diretora.

123  
124

Porto Alegre, 21 de janeiro de 1999



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE  
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-CES/RS

ATA DA 8ª REUNIÃO PLENÁRIA ORDINÁRIA DO CES/RS – 1999

Aos 10 dias do mês de junho de 1999, na sala 1107 do Prédio dos Conselhos, à rua Carlos Chagas, 55 – 11º andar, reuniu-se o Plenário do CES/RS com a seguinte pauta: **Relato da VII Plenária Nacional de Conselhos, Apresentação e Discussão do Projeto VIGISUS – SSMA, Relatos e Pareceres das Comissões e Assuntos Gerais.** Estiveram presentes os conselheiros titulares: Luís Carlos Bolzan, Aníbal Machado, André Denicol, Adalgiza Araújo, Silvestre Cachanoski, Valdir Basso, Eliana Carvalho, Odil Gomes, Mário Dalberto, Luciano Saltiel, Flávio Lewgoy, Maria Baumgarten, Jussara Neves, Sebastião Pinto, Sonia Cruz, Jairo Tessari, Nilzo Barbosa, , Carlos Soares, Dorival Becker, Maria Luiza Jaeger, Alcindo Ferla e Carlos Duarte. E os conselheiros suplentes: Adair Rocha, Marilda Soares, Elise Sehem, Maria Carrion, Ivone Silveira, André Gonzales, Lilia Dalero. A presidente do CES/RS, instala a plenária às 14:12min, o conselheiro Flávio Lewgoy faz a leitura da ata da 7ª Reunião Plenária Ordinária. A ata é aprovada. A conselheira Adalgiza registra indicação e presença do conselheiro Mário Dalberto, que passará a representar o CRS da 14ª Região Sanitária, a presença do Dr. Derocy Cirillo, Procurador da República no Estado do RS, Hermes Antunes, presidente do CMS de Bento Gonçalves e da Sra. Maria Luiza Jaeger, Secretária de Estado da Saúde. **Expediente:** A conselheira Eliana Carvalho comunica que o CES recebeu convite para participar, no dia 17/06/99, da reunião do Movimento SOS SUS. A Mesa abre ponto de pauta: **Relato da VII Plenária Nacional de Conselhos.** O conselheiro Odil Gomes relata que o primeiro local escolhido para a Plenária Nacional não era adequado para o número de participantes, sendo os mesmos transferidos para outro local, ocasionando um atraso no início dos trabalhos. O conselheiro diz, ainda, que a Comissão Organizadora relatou as dificuldades do Conselho Nacional de Saúde, e que a representação do RS foi uma das únicas a questionar a permanência do Ministro da Saúde como presidente do CNS. O conselheiro Aníbal Machado informa que o Estado do RS foi a maior representação da Região Sul em Brasília e destacou a excelente participação do Estado na Plenária, lembrando que a Presidente do CES foi eleita coordenadora da Região Sul. A conselheira Adalgiza lembra que os problemas de acomodação na Plenária Nacional foram decorrentes do aumento significativo no número de conselheiros. Em plenárias anteriores a média de participantes era de 180 conselheiros, nesta última compareceram 500. Antes de passar para o segundo ponto da Pauta, a Secretária Maria Luiza solicita um espaço para apresentar o Decreto do Governador sobre a **Municipalização Solidária**, espaço este que terá seu tempo dividido com a apresentação do Projeto VIGISUS. O decreto foi distribuído aos conselheiros na plenária, e antes de apresentá-lo a Secretária Maria Luiza Jaeger pede desculpas ao CES, porque o convite para a solenidade de assinatura no mesmo não chegou a tempo no Colegiado, decorrente de erro no endereçamento postal, ou seja, ao invés de constar a rua Carlos Chagas, foi postado para a rua Padre Chagas. A secretária explica, ainda, que a

Municipalização Solidária funcionará através do repasse do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e que, reavaliado o orçamento do Estado, no dia de hoje o Governador assinou Decreto que estabelece este repasse. Este decreto tem como diretriz a legislação do SUS. A Secretária esclarece que o artigo 31 da Lei 8080/90 estabelece o repasse, e que há um artigo da Lei de extinção do INAMPS que estabelece que os gestores Municipais e Estaduais devem apresentar o Plano de Aplicação e a Prestação de Contas, trimestralmente, aos Conselhos correspondentes. A Secretária conclui afirmando que o objetivo é solidariamente, o município assumir como o principal executor dos Serviços de Saúde e o Estado, por sua vez, assumir a tarefa de repassar os recursos. A Secretária lembra, ainda, que o Estado do RS é o primeiro Estado a estabelecer o repasse fundo a fundo, que é uma luta histórica. O conselheiro Aníbal Machado questiona se há possibilidade de colocar estas verbas no Fundo Estadual de Saúde, o conselheiro Luciano Saltiel solicita que no orçamento do próximo ano se retome este Projeto, e o incrementado, Dr. Derocy Cirillo questiona se o município que não cumprir uma das exigências do artigo quatro terá sustada alguma transferência de recursos. A Secretária Maria Luiza responde que o município que não cumprir não receberá os recursos. A conselheira Arita Bergmann cumprimenta, em nome da FAMURS, a Secretária de Saúde. A Secretária Maria Luiza responde que, em relação a repasses de todos os recursos para o Fundo, a gestão financeira dos recursos da SSMA está com o Fundo Estadual, mas os recursos ainda estão com o Tesouro. A Secretária diz que hoje é um dia histórico na luta do CES/RS e ASSEDISA, e com certeza vai fazer parte da História da Saúde Pública neste País. O conselheiro Luciano Saltiel diz que, em relação à condução dos CMS por parte dos gestores, a ASSEDISA é parceira do CES na capacitação dos conselheiros municipais de saúde, destacando que o Sr. Jorge Delaflora, representante da ASSEDISA, foi palestrante em vários cursos de capacitação: o conselheiro Luciano Saltiel entende que um conselheiro municipal ciente de seu papel é um parceiro a mais para os gestores municipais. Finalizando, o conselheiro informa que a ASSEDISA está alerta para as denúncias. A conselheira Adalgiza lembra que o repasse de recursos para os municípios é uma discussão histórica no CES/RS e lamenta que a proposta não tivesse chegado antes para discussão. Mesa abre ponto de pauta: **Apresentação e Discussão do Projeto VIGISUS – SSMA**. A conselheira Adalgiza convida o Dr. Salzano Oliveira para falar e apresentar o Projeto VIGISUS. Dr. Salzano esclarece que o Projeto VIGISUS é uma linha de financiamento com recursos do Banco Mundial, Fundação Nacional de Saúde, estados e municípios, visando suprir uma necessidade de resposta para os desafios de estruturação do Sistema de Vigilância em Saúde. A origem do Projeto está assentada nas Ações de Vigilância Epidemiológicas e Ambiental, a nível estadual. O Projeto já está pactuado na Bipartite e já foi apresentado à Mesa Diretora do CES. Explica que na primeira fase do Projeto, os recursos giram em torno de sete milhões de reais, a serem distribuídos até o ano 2001. O conselheiro Carlos Soares questiona como municípios com menos de cem mil habitantes, mas contando com uma população indígena, terão acesso ao Projeto. O conselheiro Luciano Saltiel questiona qual o prazo de implantação do VIGISUS aos municípios que possuem menos de cem mil habitantes. Dr. Salzano informa que municípios de médio e pequeno porte serão contemplados indiretamente através das Coordenadorias Regionais de Saúde. Há uma previsão para novas propostas no futuro. Em relação a prazos, a Vigilância em Saúde unificada passa a surtir efeito nos pequenos municípios. O conselheiro Silvestre Cachanoski questiona, em relação à questão ambiental, principalmente os problemas dos agrotóxicos e dos simulídeos que atingem os pequenos municípios. Dr. Salzano diz que a concepção do Projeto VIGISUS é no sentido de reestruturar e ampliar a vigilância em saúde, saindo da área restrita da Vigilância Sanitária e Epidemiológica, para monitorar novas áreas, como a dos agrotóxicos no âmbito do trabalhador. Dr. Derocy Cirillo questiona qual será o contingente populacional atingido pelo Projeto. O conselheiro Sebastião Pinto questiona como será o monitoramento dos recursos

hídricos. Dr. Salzano responde que a população atingida será no primeiro momento de quatro milhões de pessoas, em relação a questão do conselheiro Sebastião, há um contato com a FEPAM e o Projeto Pró Guaíba para integrar as ações de vigilância ambiental. O conselheiro Flávio Lewgoy alerta para a contaminação de produtos de origem animal como manteiga, ovos, leite, carne e seus derivados pela substância mais perigosa que existe, a Dioxina, que tem por limite de ingestão para seres humanos, a quantidade de um milionésimo de milionésimo de grama por quilo por indivíduo. O conselheiro enfatiza que na Bélgica e outros países da Europa, há um estoque reprimido destes produtos, retirados as pressas de comercialização, e sendo o Brasil um país de terceiro mundo sem uma estrutura capaz de detectar este problema, as pessoas devem ficar atentas a ofertas por demais atraentes de produtos importados de origem animal. O conselheiro Luciano Saltiel questiona quem vai manter a estruturação de pessoal nos postos de saúde das reservas indígenas. A conselheira Sonia questiona se o critério do VIGISUS é só populacional. Dr. Salzano diz que a questão da Dioxina é uma ameaça, e se pretende que o VIGISUS invista na análise de alimentos e água. Em relação a questão do conselheiro Luciano Saltiel, o VIGISUS não prevê os recursos humanos, mas a princípio estes recursos viriam dos técnicos federais, estaduais e municipais que já atuam. A Mesa agradece a presença do Dr. Salzano e lembra a distribuição que foi feita de um folder explicativo sobre o VIGISUS. A Mesa abre ponto de pauta: **Relatos e Pareceres das Comissões: Comissão de Acompanhamento e Fiscalização ao Processo Orçamentário** é convidada a compor a Mesa dos trabalhos e apresentar o relatório e parecer. Após a leitura, a Mesa abre para questionamentos. O conselheiro Luís Bolzan questiona em que se fundamenta o baixo percentual de recursos captado pela SSMA. O Sr. Jorge Delaflora, representante da ASSEDISA na Comissão chama atenção para a coluna "H" do Parecer, onde consta o percentual do valor liberado sobre a dotação com alteração, sendo que a dotação do ônus da SSMA representa R\$ 349.867.713,00, e o valor liberado no primeiro trimestre pela Fazenda para a SSMA foi de R\$ 32.574.567,93. A Secretária Maria Luiza Jaeger esclarece que no orçamento do Estado no primeiro semestre há uma super estimativa de receita fiscal, sendo que neste segundo semestre haverá ajustes na execução orçamentária. Dr. Derocy Cirillo questiona qual é o percentual de recursos da SSMA que estão alocados no Fundo Estadual de Saúde e se nos dois meses posteriores ao trimestre já vencido, há um crescendo. Sr. Jorge Delaflora diz que a questão do Fundo Estadual é uma preocupação da Comissão, e dos dois demonstrativos entregues, o Fundo representa R\$ 659.595,00. A Secretária Maria Luiza Jaeger responde ao Dr. Derocy que a administração é conjunta, anteriormente esta administração era separada, com controle e formas diferentes, agora se deve mexer na Lei do Fundo e fazer a mudança no orçamento. Dr. Derocy Cirillo pergunta qual será o orçamento do próximo ano. O conselheiro Luís Bolzan solicita a Comissão uma explicação didática. A Dra. Glória Sampaio explica que o Orçamento do Estado é um planejamento virtual de gastos, SSMA é aquilo que compreende a fatia da Secretaria em relação ao orçamento do Estado, aquilo que compreende a Secretaria sofre alterações da dotação. Liberado, é todo recurso desbloqueado no Orçamento. A Dra. Glória coloca-se à disposição dos conselheiros para todo e qualquer esclarecimento. A Mesa consulta o Plenário se o parecer da comissão pode ser colocado em votação, lembrando que o único adendo apresentado foi o de que a SSMA deverá providenciar medidas legais que garantam a locação dos recursos no Fundo Estadual de Saúde, e que o Parecer da Comissão recomenda a aprovação do Relatório de Gestão do SUS, com as ressalvas constantes nos itens 03 a 07 deste Parecer, trazendo para análise, quando da entrega do Relatório de Gestão do segundo trimestre de 1999. O conselheiro Alcindo Ferla pergunta à plenária se há alguma dúvida em relação aos dados e esclarecimentos feitos pela SSMA ao parecer. O Sr. Jorge Delaflora diz que do ponto de vista dos orçamentos municipais, vale o empenhado. Dra. Glória Sampaio diz não concordar com o Sr. Jorge Delaflora, pois quando se faz um balanço de uma empresa, se apura e levanta uma série de itens

que compõe a peça chamada balanço: Quando se faz um demonstrativo de despesas, os critérios escolhidos são as parcelas que reportem o demonstrativo de despesas dentro do parâmetro pactuado legalmente. A Mesa coloca em votação o parecer da comissão com o adendo apresentado, lembrando, que por coerência, o CES/RS não abre mão dos 10% para a Saúde, que é uma luta histórica do Conselho, e também não abre mão de que todas as verbas da Saúde no RS, devem estar alocadas no Fundo Estadual de Saúde, conforme é pregado em todas as capacitações de conselheiros realizadas no nosso Estado. O Parecer é votado com o adendo e aprovado por unanimidade. A Mesa convida a **Comissão de Saúde do Trabalhador**. O conselheiro Aníbal Machado informa que do dia 27 a 29 de maio foi realizado o primeiro Encontro Estadual de Saúde do Trabalhador, no Hospital de Clínicas em Porto Alegre, que contou com mais de quatrocentos participantes. A conselheira Sonia diz que o nível de palestrantes foi muito bom, e sugere que se amplie a discussão em relação ao trabalhador rural. A conselheira Adalgiza registra a inconformidade da Mesa Diretora com a completa ausência e desconhecimento de um dos mais brilhantes conselheiros do CES, Prof. Flávio Lewgoy, não convidado para compor qualquer Mesa no evento. A Mesa Diretora do CES cobra esta falha da SSMA e da Comissão de Saúde do Trabalhador. O conselheiro Luís Bolzan diz que o CES/RS participou efetivamente do plenário do Encontro, e que deveria ter participado mais das Mesas, relata que o único conselheiro a participar de uma Mesa foi o conselheiro Adair Rocha e apenas na Mesa de Abertura, no restante das Mesas a participação dos conselheiros foi nula. O conselheiro Sebastião Pinto destaca a palestra do Sr. Sebastião Pinheiro e dos rurais representantes do município de Ipê no Encontro. A conselheira Adalgiza lembra que o CES deverá indicar seus representantes no Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador que acontecerá nos dias 18 a 21 deste mês em Brasília. A Mesa sugere que os representantes sejam escolhidos entre os Conselheiros que participaram do Encontro Estadual e informa que sugeriu no início da plenária que fossem apresentados quatro conselheiros escolhidos por consenso e informa que os nomes apresentados foram os seguintes: conselheiros Adair Rocha, Aníbal Machado, Valdir Basso e André Denicol, e como suplente Silvestre Cachanoski, para participarem do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador em Brasília. A Mesa questiona, se há alguma divergência à proposta. O conselheiro Sebastião Pinto não concorda com consenso, pois não foi consultado. A Mesa abre espaço de cinco minutos para o Plenário rediscutir os nomes e tentar o consenso. A conselheira Adalgiza informa que, após discussão, os conselheiros que participarão do Encontro Nacional permaneceram os mesmos. Colocado a decisão em votação, foi aprovada por unanimidade. O conselheiro Carlos Soares pede uma questão de ordem e sugere que se transfira o restante dos assuntos para a próxima plenária, em razão do esvaziamento devido ao horário. Não houve consenso no plenário, que entendeu que temos quorum para deliberação, portanto a reunião deve continuar. A Mesa abre ponto de pauta : **Assuntos Gerais**. O conselheiro Dorival Becker diz que o conselheiro recebe a pauta e nesta constam os horários da Plenária e sugere que sejam registrados na ata os conselheiros que ficam até o final. A conselheira Adalgiza diz que a Mesa Diretora continuará tentando buscar uma solução para o horário de Assuntos Gerais e pede que os conselheiros se organizem melhor em relação ao horário. O conselheiro Luís Bolzan encaminha para a Comissão de Fiscalização denúncia contra um médico, por cobrança indevida de um paciente do SUS. A conselheira Adalgiza registra a realização do I Encontro de Capacitação de Conselheiros em Microregionais, organizado pelo CES/RS e pelo CRS da Região de Erechim, onde participaram da organização e execução os conselheiros Silvestre Cachanoski, Luiz Bolzan e Valdir Basso, contando com o apoio da Coordenadoria Regional. A Presidente do CES/RS encerra a plenária às 17:30, da qual eu, Eduardo Grahl Muller, lavrei a presente ata, que após leitura e aprovação será devidamente assinada pela Mesa Diretora.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE  
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-CES/RS

ATA DA 13ª REUNIÃO PLENÁRIA ORDINÁRIA DO CES/RS – 1999

1 Aos 19 dias do mês de agosto de 1999, na sala 107 do Prédio dos Conselhos, à rua Carlos  
2 Chagas, 55 – 11º andar, reuniu-se o Plenário do CES/RS com a seguinte pauta: **Atas e**  
3 **Expediente; Informes e Assuntos Gerais; Projeto Mãos Dadas, Competências do**  
4 **CES/RS, da SES e da Bipartite – Delimitação e Interfaces, Prestação de Contas do 2º**  
5 **trimestre – Apresentação da SES e Relatos e Pareceres das Comissões.** Estiveram  
6 presentes os conselheiros titulares: Mário Dal Berto, Carla Battega, Valdir Basso, Adalgiza  
7 Araujo, Aníbal Machado, Silvestre Cachanoski, Sebastião Pinto, Carlos Soares, André  
8 Denicol, Odil Gomes, Elise Sehem, Ronaldo Bordin, Eliana Carvalho, Gilmar Valadares,  
9 Jussara Neves, Silvia Edith, Maria Helena Baungarten, Ana Maria Muller, Stênio  
10 Rodrigues, Jairo Tessari, Luciano Saltiel, Sônia da Cruz, Carlos Duarte, Flávio Lewgoy,  
11 Ana Lúcia Valente, Marta Fert, Luís Bolzan, Amaro de Souza e Alcindo Ferla e os  
12 conselheiros suplentes: Arita Bergmann, Gilberto Barrichello, Augusto Capelleti, Maria da  
13 Graça, Milton Kempfer, Eloy Francisco, Adair Rocha, Sérgio Vallim, Simone Schimdt,  
14 Carmem Degani, Maria Carrion, Lourdes Rosseto e Lília Dalero. A Presidente do CES/RS  
15 instala a Plenária às 14: 15, e o conselheiro Aníbal Machado faz a leitura da ata da Plenária  
16 anterior. Após as devidas correções por parte dos conselheiros: Aníbal Machado, Carlos  
17 Soares, Lília Dalero, Adalgiza Araujo, Flávio Lewgoy e Luciano Saltiel, a ata é aprovada.  
18 A Mesa registra a presença da Dr. Eva Margarida de Carvalho, representante do Ministério  
19 Público Estadual e abre ponto de pauta: **Informes e Assuntos Gerais.** O conselheiro Jairo  
20 Tessari comunica que nos dias 23 e 24 de setembro, os hospitais filantrópicos estarão  
21 realizando o seu 6º Congresso Estadual. Dr. Ernesto Llopart informa que dia 20/08/99, a  
22 Comissão de Fiscalização participará da reunião promovida pelo CMS de Viamão, onde a  
23 pauta será a situação do Hospital do referido município. O conselheiro André Denicol  
24 questiona quais são os critérios para a distribuição de medicamentos pelo LACEN. A  
25 conselheira Lourdes Rosseto pergunta se já foi analisado o Programa de Saúde da Mulher  
26 Trabalhadora Rural. O conselheiro Alcindo Ferla diz que os critérios de distribuição de  
27 medicamentos eram falhos, mas que a SES já tomou medidas de ajuste. O conselheiro  
28 Carlos Duarte diz que continua a distribuição de medicamentos vencidos ou por vencer,  
29 como é o caso do Norvir. A conselheira Ana Müller, representante do gestor diz que o  
30 Norvir é um medicamento de responsabilidade única do Ministério da Saúde e que devido a  
31 problemas na fábrica que produz o referido medicamento, a distribuição ficou prejudicada.  
32 Finalizando, a conselheira Ana Muller, pede que o CES encaminhe manifestação ao  
33 Ministério da Saúde para que o mesmo esclareça o problema. O conselheiro Carlos Duarte  
34 diz que a Dra. Nêmora Barcellos, responsável pela área de DST/AIDS, afirmou que os  
35 problemas em relação ao medicamento Norvir, provinham do depósito da Secretaria de  
36 Saúde. A Mesa solicita que o GAPA formule novamente a denúncia, para que o Conselho

37 encaminhe a SES. A Mesa abre ponto de pauta: **Expediente**. A conselheira Adalgiza  
38 informa que nos dias 21 a 28 de agosto se realizará a 5ª Semana Estadual da Pessoa  
39 Portadora de Deficiência Atuando para Transformar. A conselheira informa ainda que a  
40 AGAPAN encaminhou solicitação ao Conselho, para que o mesmo exiba em plenário a fita  
41 de vídeo: “Ataque ao Macho”, alusiva aos problemas de fertilidade masculina causados  
42 pelos falsos Estrogênios. Finalizando, a conselheira informa que a Comissão de Saúde da  
43 Assembléia Legislativa encaminhou convite para prestação de contas do segundo trimestre  
44 da SES, no dia 25 de agosto. A Mesa abre ponto de pauta: **Projeto Mãos Dadas**. A  
45 Presidente do CES passa a palavra para os conselheiros membros da Comissão de  
46 Acompanhamento ao Plano Estadual de Saúde. A conselheira Marta Fert, informa que a  
47 Comissão reuniu-se dia 13/08/99 e estudou o Projeto juntamente com o conselheiro  
48 Alcindo Ferla, representante da SES. A conselheira informa que a princípio, a Comissão  
49 aprova o Projeto, mas que permanecem algumas questões que a mesma espera que sejam  
50 esclarecidas pelo conselheiro Alcindo. O conselheiro Carlos Duarte faz a leitura do Projeto  
51 Mãos Dadas. O conselheiro Jairo Tessari questiona, se os dados contidos no documento são  
52 relativos ao primeiro e segundo trimestre de 1999. O conselheiro Alcindo responde que os  
53 dados são referentes ao último trimestre de 1998 e primeiro trimestre de 1999. O  
54 conselheiro Jairo sugere que se inclua o segundo trimestre de 1999, que seriam  
55 privilegiados pela Lei anterior. O conselheiro Alcindo Ferla diz que os recursos destinados  
56 a entidades, serão repassados, se as mesmas estiverem em dia com a prestação de contas  
57 dentro das normas do Governo, sendo que no segundo e terceiro trimestres de 1999 não  
58 será possível executar as normas anteriores do Projeto. O conselheiro Mário Dal Berto,  
59 questiona por quanto tempo o Estado vai repassar verbas para os hospitais conveniados ao  
60 SUS, assumindo uma responsabilidade que segundo o conselheiro, seria da União, através  
61 das AIHs. O conselheiro Milton Kempfer, questiona onde dentro do Projeto está previsto a  
62 participação do CES e Conselhos Municipais. A conselheira Ana Müller diz que diante de  
63 uma realidade de hospitais fechando, há urgência em melhor adequar os valores do SUS. O  
64 conselheiro Flávio Lewgoy entende que este reordenamento pretendido pelo gestor,  
65 consiste em canalizar os recursos existentes para as entidades que apresentarem melhor  
66 eficiência no atendimento, sendo que não se trata aumentar os recursos e nem competir com  
67 o Governo Federal. O conselheiro Alcindo Ferla, esclarece que a valorização que consta no  
68 Projeto Mãos Dadas, não é a valorização do financiamento, mas sim o reconhecimento da  
69 participação efetiva dos hospitais. O conselheiro Flávio Lewgoy diz que o Projeto Mãos  
70 Dadas é basicamente voltado a Assistência hospitalar e questiona como fica a situação do  
71 atendimento primário, já que a rede de postos de Saúde está em péssimas condições em sua  
72 maioria. O Dr. Derocy Cirillo questiona em relação aos recursos para custeio, se o gestor  
73 fez levantamento do número de hospitais atingidos por este tópico. A conselheira Ana  
74 Müller responde ao conselheiro Flávio Lewgoy, que o objetivo primeiro da reordenação  
75 hospitalar é levar em conta a resolutividade da atenção básica. Em relação ao  
76 questionamento do Dr. Derocy, a conselheira Ana responde que o Estado possui um  
77 levantamento dos hospitais atingidos, sendo que a Rede de Urgência e Emergência é  
78 composta de 48 unidades. Finalizando, a conselheira Ana diz que os recursos não incidiram  
79 sobre os hospitais que já recebem valores suplementares para atendimento de urgência e  
80 emergência. O conselheiro Carlos Soares diz que muitos gestores municipais não tem idéia  
81 clara de que os hospitais devam atuar como integrantes da rede municipal de Saúde e não  
82 como um sistema paralelo. Finalizando, o conselheiro Carlos Soares repudia o repasse  
83 direto aos hospitais, sem passar pelo fundo municipal de Saúde. O conselheiro Gilberto

84 Barrichello diz que o sistema de repasse fundo a fundo, apesar de alguns problemas  
85 operacionais, ainda é o ideal. Finalizando, o conselheiro Barrichello diz que a falta de  
86 consciência dos gestores municipais é consequência da política dos governos anteriores que  
87 tratavam os hospitais como unidades isoladas do contexto quando do repasse de recursos. A  
88 Mesa questiona o plenário, sobre a possibilidade de colocar em votação o Projeto, os  
89 conselheiros concordam. Colocado em votação, o Projeto foi aprovado por ampla maioria,  
90 com a contemplação das contribuições apresentadas em plenário. A Mesa abre ponto de  
91 pauta: **Competências do CES/RS, da SES e da Bipartite**. Este ponto é coordenado pelo  
92 Conselheiro Jairo Tessari. A conselheira Adalgiza falará pelo CES e o conselheiro Alcindo  
93 pela SES, após a Mesa abrirá para o debate. A presidente do CES/RS, apresenta a sua fala a  
94 partir da Lei 10.097/94, após breve comentário sobre a lei, a conselheira procede a leitura  
95 de todos os itens do Artigo 8º, que tratam das competências do CES, manifestando-se pela  
96 manutenção de todos os itens estabelecidos na Lei. Finalizando a conselheira Adalgiza  
97 registra que havia uma grande expectativa do CES em relação a nova SES, principalmente  
98 porque, segundo a conselheira, seus representantes atuais, sempre foram aliados na luta  
99 pelo Controle Social no SUS, em especial a Secretária Maria Luiza Jaeger. A conselheira  
100 reafirma que o CES não abrirá mão de suas competências, não admitindo conhecer  
101 projetos através da imprensa, mas sim no Colegiado Estadual. Finalizando a conselheira  
102 Adalgiza diz, citando a Secretária de Saúde do Estado, que o CES é maior que a Secretaria  
103 de Saúde. O conselheiro Alcindo Ferla diz que a posição do atual governo é de não fugir as  
104 responsabilidades em Saúde e que, para este fim, a SES deve ter a possibilidade de  
105 proceder as implantações administrativas e burocráticas, tendo a prerrogativa de  
106 desencadear ações em situações de emergência, sempre respeitando a posição do Conselho  
107 de divergir. Finalizando, o conselheiro Alcindo diz que há princípios que jamais podem ser  
108 flexibilizados. A Mesa abre para questionamentos. O Dr. Derocy Cirillo sugere a  
109 possibilidade do Conselho firmar convênios com universidades para obter assessoria  
110 técnica de toda ordem, Dr. Derocy questiona ainda em relação ao estabelecimento dos  
111 critérios de complementação de pagamentos dos serviços do SUS., se não seria interessante  
112 desvincular-se desta dependência criada em torno do estabelecimento de regras para o  
113 aumento da tabela do SUS para abrir a discussão sobre a possibilidade de uma  
114 complementação de recursos na tabela do Sistema Único. A conselheira Arita Bergmann,  
115 diz que há uma certa confusão dos conselheiros em relação ao papel do Executivo, e sugere  
116 a realização de um seminário para a discussão do papel do CES/RS. O conselheiro Odil  
117 Gomes diz que o CES jamais pode ser considerado um inimigo da SES, mas sim parte da  
118 mesma, independente dos atritos existentes. O conselheiro Mário Dal Berto reconhece a  
119 vontade política no atual Governo, mas questiona como após sete meses não foi possível  
120 proporcionar uma assessoria técnica ao Conselho. O Dr. Ernesto Llopart diz que é crucial a  
121 discussão sobre assessoramento técnico ao CES. O conselheiro Milton Kempfer diz que os  
122 Conselhos de Saúde são órgãos de controle da sociedade sobre o Estado, e que o Governo  
123 do Estado está apenas começando, mas deve ser sempre fiscalizado, pois está é a atribuição  
124 dos Conselhos, jamais aceitando que governo algum passe a ditar as atribuições do CES,  
125 que segundo o conselheiro é mais legítimo que as instituições legislativas, pois os  
126 conselheiros não recebem para exercer seu papel no CES. O Sr. Jorge Della Flora destaca a  
127 1º, 7º e 11º itens das competências contidas no artigo 8º, e questiona a posição da SES de  
128 rever as competências e atribuições do Conselho, de que as ações do Conselho em relação a  
129 Comissão Permanente de Fiscalização e Processo Orçamentário estariam atrapalhando o  
130 bom andamento dos trabalhos do Gestor. O conselheiro André Denicol diz que o próximo

131 grande desafio do Conselho é regulamentar os Conselhos Regionais, mas para isso a  
132 Comissão dos Conselhos Regionais do CES tem sentido dificuldades que poderiam ser  
133 resolvidas com assessoramento jurídico. A conselheira Maria Carrion pergunta se o CES  
134 solicitou a SES, assessores técnicos ao longo destes sete meses. O conselheiro Alcindo  
135 Ferla diz que a bipolarização da discussão não é uma atitude madura, pois esta posição não  
136 é propícia a construção de um sinergismo, sendo uma posição viciada, o conselheiro reitera  
137 sua posição de fugir dos estereótipos. O conselheiro Jairo Tessari, diz que após examinar as  
138 prerrogativas do Conselho, as definições do mesmo são muito claros, pois se caso, o  
139 Conselho seguiu-se as prerrogativas, literalmente poderia imobilizar a SES. Finalizando, o  
140 conselheiro diz que esta é uma questão que deve ser discutida de forma profunda com a  
141 Secretaria. A conselheira Eliana Carvalho diz que o controle social é uma forma  
142 descentralizada, sendo que os governos tendem a ser autocráticos. Finalizando a  
143 conselheira diz que o CES entrou em um nível de expectativa muito grande com o novo  
144 Governo, ficando com uma postura muito passiva, esperando que a SES tome a iniciativa.  
145 O conselheiro Stênio Rodrigues diz que o atual Governo está comprometido com o  
146 controle social, inclusive contando com um grande staff de colaboradores que  
147 historicamente lutaram pelo controle social, mas segundo o conselheiro, o CES deve ter  
148 paciência, pois dentro da Secretaria, existem setores que ainda estão desprovidos de um  
149 certa estrutura, o que segundo o conselheiro, não é mais o caso do Conselho. Finalizando, o  
150 conselheiro Stênio diz que é praticamente impossível que todos os convênios e contratos  
151 definidos na Secretaria de Saúde passem previamente pelo CES. A conselheira Ana Müller  
152 diz que o CES não pode ser tutelado pela Secretaria, o Conselho deve ser independente e  
153 propositivo. O conselheiro Augusto Capelleti, representante da Secretaria de Saúde diz que  
154 pretende aprofundar a relação entre Conselho de Saúde e Gestor, respeitando as  
155 prerrogativas do CES. Finalizando, o conselheiro compromete-se a enviar todos os  
156 convênios para o Conselho. O conselheiro Silvestre Cachanoski diz entender as  
157 dificuldades do Governo Estadual, e questiona porque o projeto de Lei 146/99, não passou  
158 pelo Conselho, antes de ir para a Assembléia Legislativa, onde não foi votado ainda. A  
159 conselheira Adalgiza diz que esta discussão não se esgota na Plenária de hoje. A  
160 conselheira informa ainda que em relação aos convênios, recebeu uma proposta de minuta  
161 de convênio para ser discutida, esta discussão foi feita com a Comissão Permanente de  
162 Fiscalização que levantou questões para esta proposta, ficando a cargo da SES redigir a  
163 minuta de convênio e colocar sob apreciação do CES, parte da minuta foi apreciada, o  
164 restante jamais chegou ao Conselho. Finalizando, a conselheira questiona sobre o Plano de  
165 Aplicação. O conselheiro Luís Bolzan diz que não vai pressionar a Assembléia Legislativa  
166 em relação à um Projeto que não passou pela análise dos conselheiros. A Mesa abre ponto  
167 de pauta: **Prestação de Contas do 2º trimestre.** O conselheiro Alcindo Ferla informa que  
168 repassou para a Comissão de Acompanhamento ao Processo Orçamentário e Comissão de  
169 Acompanhamento ao Plano Estadual de Saúde relatório sobre prestação de contas, o  
170 conselheiro explana sobre a prestação de contas através de laminas. A Mesa Diretora  
171 convida a todos os conselheiros interessados para participarem da reunião da mesma, dia  
172 24/08/99, onde o tema será a Prestação de Contas. O conselheiro Alcindo lembra a  
173 Audiência Pública na Assembléia Legislativa, dia 25/08/99, em relação ao mesmo assunto.  
174 O Dr. Derocy Cirillo informa que os Ministérios Públicos Estadual e Federal iniciaram uma  
175 ação civil pública buscando a recomposição das tabelas do SUS aos níveis da conversão da  
176 URV, Dr. Derocy informa ainda que os dois ministérios públicos agendaram reunião com o  
177 Governador do Estado, para estimulá-lo a fazer um termo de ajuste de conduta para aplicar

178 trimestralmente 10% das receitas líquidas do Estado em Saúde. A Presidente do CES  
179 informa ao plenário, que a Prestação de Contas da SES está a disposição na sede do  
180 Conselho. Nada mais havendo a tratar, a presidente do CES/RS encerra a presente reunião  
181 às 17:45min, da qual eu, Eduardo Grahl Müller, lavrei a presente ata, que após leitura e  
182 aprovação será devidamente assinada pela Mesa Diretora.

183  
184  
185  
186  
187  
188 Porto Alegre, 19 de agosto de 1999.  
189  
190  
191  
192  
193  
194  
195  
196  
197  
198  
199  
200  
201  
202  
203  
204  
205  
206  
207  
208  
209  
210  
211  
212  
213  
214  
215  
216  
217  
218  
219  
220



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DE SAÚDE  
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-CES/RS

ATA DA 19ª REUNIÃO PLENÁRIA ORDINÁRIA DO CES/RS – 1999

1 Aos 11 dias do mês de novembro de 1999, na sala 1107 do Prédio dos Conselhos, à rua Carlos  
2 Chagas, 55 – 11º andar, reuniu-se o Plenário do CES/RS com a seguinte pauta: **1) Ata, Expediente;**  
3 **2) Informes, Assuntos Gerais; 3) Votação do Parecer sobre a Prestação de Contas da SES – 2ª**  
4 **trimestre; 4) Critérios para Repasse das Verbas da Municipalização Solidária/2000; Critérios**  
5 **para Repasse das verbas da Saúde Solidária/1999; 5) Encontro Estadual de Saúde do RS.**  
6 Estiveram presentes os conselheiros titulares: Luiz Arno Lauer, Luís Bolzan, Luciano Von Saltiel,  
7 André Denicol, Mário Dal Berto, Alcindo Ferla, Sebastião Pinto, Silvestre Cachanoski, Adalgiza  
8 Araujo, Valdir Basso, Jurema Bildhauer, Jairo Tessari, Flávio Lewgoy, Luiz Aníbal, Carlos Soares,  
9 Sandra Rodrigues, Eliana Carvalho, Alcindo Ferla, Ana Lúcia Valente, Odil Gomes, Eni Bahia,  
10 Marilda Soares, Dorival Becker, Carlos Duarte, Marta Fert, Maria Luiza Jaeger, e os conselheiros  
11 suplentes: Augusto Capelleti, Sérgio Vallim, Arita Bergmann, Maria Lilia Dalero, Maria Conceição  
12 Carrion, Milton Kempfer, Antônio Duran, Beatriz Kunkel, Adair Rocha, André Gonzales, Maria  
13 Alexandre e Lourdes Rossetto. A presidente do CES/RS instala a plenária às 14:09min, e o  
14 conselheiro Luís Bolzan faz a leitura da Ata anterior. Após as devidas correções, a mesma é  
15 aprovada. A Mesa abre ponto de pauta: **Informe e Expediente:** 1) Adalgiza informa que no dia 28  
16 de outubro, representou o CES/RS no 4º Congresso Estadual dos Trabalhadores em Saúde, no  
17 município de Santa Maria. Este Congresso reelegeu o Conselheiro Milton Kempfer presidente da  
18 Federação dos Trabalhadores em Saúde do RS. A conselheira registra, ainda, as presenças da  
19 Secretária Estadual de Saúde Maria Luiza Jaeger, do Dr. Fernando Dias Lopes, representante do  
20 Grupo de Negociação dos Hospitais Filantrópicos com a SES, do Dr. Lúcio Barcellos, Gestor de  
21 Saúde da Capital e do Dr. Derocy Cirillo, representante do Ministério Público Federal. A Mesa abre  
22 ponto de pauta: **Assuntos Gerais.** O conselheiro Luís Bolzan diz que na Conferência Municipal de  
23 Saúde realizada no Município de Erechim, o enfermeiro Jorge Della Flora fez uma ótima  
24 explanação defendendo os princípios do SUS e Saúde preventiva, e registra que não foi distribuído  
25 o Regimento Interno da Conferência, o que causou uma grande polêmica e descontentamento entre  
26 os participantes. Finalizando, o conselheiro informa as datas e locais das demais Conferências de  
27 Saúde da região de Erechim. O conselheiro Carlos Soares solicita providências da Mesa em relação  
28 à emissão de mais de uma AIH por paciente, quando for preciso transferi-lo de um hospital para  
29 outro. Dr. Fernando Martins informa que, em relação aos descredenciamentos de profissionais de  
30 Saúde pela SES, o que ocorre é uma adequação de cadastro dos referidos profissionais, que deveria  
31 estar sendo feita desde a promulgação da Constituição. Em relação à questão levantada pelo  
32 conselheiro Carlos Soares, se o paciente não teve alta do 1º hospital, não há porque haver uma nova  
33 emissão de AIH. O conselheiro Dorival Becker informa que no município de Colina, houve vários  
34 casos de leptospirose em animais e seres humanos, sendo que nesta região animais são vendidos  
35 para o abate sem fiscalização sanitária. O conselheiro Alcindo Ferla informa que a SES foi  
36 convidada pela Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa a apresentar o relatório da Prestação

37 de Contas do 3º trimestre, no dia 17/11/99. O conselheiro informa que dia 16/11/99, na reunião da  
38 Mesa Diretora, será entregue ao CES o Relatório de Gestão. A conselheira Eni Bahia informa que  
39 religiosos da Igreja Católica iniciaram novo trabalho, que visa apoiar os doentes portadores de HIV.  
40 O conselheiro Aníbal Machado registra que entre os dias 22 e 25 de novembro será realizada a 1ª  
41 Mostra Nacional de Produção e Saúde em Família, que terá lugar em Brasília, DF. O conselheiro  
42 informa, ainda, que o município de Cachoeira do Sul realizará o 1º Encontro de Saúde do  
43 Trabalhador dia 20/11/99 e lamenta que na programação não conste a participação do representante  
44 da Comissão de Saúde do Trabalhador, que será o Conselheiro Antonio Duran. Finalizando, o  
45 conselheiro questiona se a SES, dentro da Operação Vida, irá disponibilizar recursos a balneários do  
46 interior do Estado, como é o caso do município de Cachoeira do Sul. A conselheira Eliana Carvalho  
47 registra que na última semana ministrou Curso de Capacitação de Conselheiros, no município de  
48 Três Passos, contando com 138 participantes. Finalizando, a conselheira informa que o Conselho  
49 Regional de Nutricionistas estará promovendo um Seminário sobre Prescrição Dieto-Terápica, no  
50 auditório do HPS. O conselheiro Silvestre Cachanoski diz que o Parecer sobre transgênicos  
51 elaborado pelo CES deveria ser publicado na Imprensa. O conselheiro Silvestre alerta, ainda, para o  
52 fato de que agricultores estão utilizando herbicidas secantes na cevada. A conselheira Beatriz  
53 Kunkel diz que, além da contaminação por leptospirose, tuberculose, toxoplasmose e outras  
54 doenças também estão atingindo o Estado de forma endêmica. A conselheira sugere que a SES use  
55 recursos para elaborar uma cartilha alertando sobre as referidas doenças, e faz ressalva de que estas  
56 cartilhas devem ser entregues para entidades da sociedade civil organizada, pois se entregues a  
57 gestores municipais muito provavelmente não chegarão às mãos da população. O conselheiro Flavio  
58 Lewgoy esclarece ao conselheiro Dorival Becker que combater ratos com veneno não é proibido em  
59 Lei, proibidos são determinados venenos. O conselheiro Sebastião Pinto informa que o Projeto de  
60 Lei que criaria a Agencia Nacional das Águas foi retirado de pauta. O conselheiro Luciano Saltiel  
61 diz que concorda com a preocupação da conselheira Beatriz Kunkel e informa que a ASSEDISA  
62 também tem preocupação com o funcionamento das vigilâncias sanitárias nos municípios, mas não  
63 concorda que os gestores municipais sejam taxados de não atuantes nesta área. A Mesa abre ponto  
64 de pauta: **Votação do Parecer sobre a Prestação de Contas da SES – 2º trimestre.** A conselheira  
65 Maria Lília Daleiro, membro da Comissão de Acompanhamento ao Processo Orçamentário, faz a  
66 apresentação do referido Parecer e ressalta a participação dos conselheiros Luís Aníbal Machado,  
67 Milton Kempfer e do assessor do CES, Jorge Della Flora. O Dr. Ernesto Llopart diz que o presente  
68 Parecer é o efetivo exercício da Lei 8142. O conselheiro Carlos Soares se diz preocupado com  
69 alguns itens que constam no Relatório, e solicita mais dados do Gestor Estadual. A conselheira  
70 Adalgiza Araujo lembra que a Plenária já solicitou e a Mesa reiterou a necessidade do  
71 encaminhamento do Plano de Aplicação da SES ao CES. O conselheiro Alcindo Ferla diz que, em  
72 relação à Prestação de Contas, a SES está aperfeiçoando, com o passar do tempo e as contribuições  
73 do CES, a referida Prestação, pois objetivamente está se cumprindo a Legislação, com uma  
74 transparência que não era tradicional no Estado. Finalizando, o conselheiro diz que o conjunto de  
75 informações que foram apontadas pelo CES e que não constam no relatório serão priorizadas  
76 progressivamente. Em relação ao Orçamento aprovado e à execução dos 10% questionados pelo  
77 conselheiro Carlos Soares, o conselheiro Alcindo responde que o Gestor Estadual está chegando  
78 muito próximo dos 10% da receita na execução financeira, mesmo com o acúmulo de despesas. O  
79 conselheiro Aníbal Machado reitera a fala do Dr. Ernesto Llopart e diz que a partir do ano 1999 o  
80 Gestor Estadual começou realmente a disponibilizar subsídios para a Comissão. Finalizando, o  
81 conselheiro reforça o pedido para que todas as verbas sejam colocadas no Fundo Estadual de Saúde.  
82 O conselheiro Luciano Saltiel solicita que o Plano de Aplicação dos Recursos seja enviado antes do  
83 Relatório de Gestão. O conselheiro Milton Kempfer diz que a Comissão tem dificuldade para  
84 entender o Orçamento e solicita que a SES encontre uma forma de elaborar a prestação de contas  
85 de forma mais simples, para que o cidadão comum possa entender o conteúdo em sua totalidade. A  
86 Mesa coloca em votação o presente Parecer. O Parecer sobre prestação de Contas é aprovado por

87 unanimidade. A Mesa abre ponto de pauta: **Critérios para Repasse das Verbas da**  
88 **Municipalização Solidária/2000.** O conselheiro Alcindo Ferla faz explanação sobre o presente  
89 ponto de pauta através de transparências. O conselheiro Carlos Soares sugere à Mesa que  
90 disponibilize um tempo maior para a explanação do conselheiro Alcindo Ferla. O conselheiro  
91 Alcindo Ferla diz que os questionamentos surgirão na medida que avança o debate. A conselheira  
92 Adalgiza Araujo lembra que foi elaborada uma Proposta de Resolução, que será lida em plenário,  
93 após debatida e, se necessário, emendada. A conselheira Arita Bergmann informa que tem uma  
94 contra-proposta a esta Resolução, solicitando primeiro o debate e após a leitura da Resolução. O  
95 conselheiro Flavio Lewgoy faz a leitura da Proposta de Resolução do CES/RS sobre os Critérios  
96 para Municipalização Solidária. A conselheira Arita Bergmann ressalta a importância de estar  
97 discutindo critérios objetivos de repasse de recursos para os municípios e após faz a leitura da  
98 contra proposta elaborada e discutido pela ASSEDISA e FAMURS. A secretária Maria Luiza  
99 Jaeger diz que pela primeira vez no Estado se usará outro critério que não o populacional, e que a  
100 SES está tentando, com os novos critérios, defender o Orçamento Participativo, o direito da  
101 população priorizar a Saúde. Em relação ao critério de priorizar o cidadão menor de 14 anos e o  
102 maior de 65 anos, o objetivo é de beneficiar a parcela da população que mais necessita dos  
103 serviços. Em relação ao critério de distribuição do recurso por receita per capita apresentado pela  
104 conselheira Arita, a Secretária diz que o referido critério deve ser mais discutido, pois existem casos  
105 que não se encaixam nestes critérios, como o município de Triunfo, onde está instalado o Polo  
106 Petroquímico; o referido município tem uma receita per capita alta, não significando que a  
107 população possua uma renda elevada. A Secretária diz, também, que é prioritário que os recursos do  
108 Orçamento Participativo passem pelos Conselhos Municipais e que se tenha o mínimo de repasses  
109 via convênios. O conselheiro Luciano Saltiel lembra a luta histórica pela construção do Piso  
110 Estadual de Saúde, que tinha por objetivo a retirada do fator político da distribuição dos recursos,  
111 muito combatido pelo CES e também pela ASSEDISA. Finalizando, o conselheiro diz que o  
112 critério que está causando toda a distorção da tabela é o critério do Orçamento Participativo, haja  
113 vista que no momento da consulta popular nos municípios não estava claro que este critério seria  
114 utilizado para esta finalidade. O conselheiro Luís Bolzan diz que o Orçamento Participativo tem o  
115 caráter de educação popular, principalmente pela participação do cidadão nas decisões. O  
116 conselheiro lembra o episódio ocorrido no município de Estação, onde a população colocou a Saúde  
117 em 5º lugar na lista de prioridades, sendo que o Gestor municipal reconheceu este erro e já definiu  
118 que no próximo ano o Município estará melhor preparado para o Orçamento Participativo.  
119 Finalizando, o conselheiro diz que, em relação ao coeficiente de capacidade instalada, deve ser  
120 importante constar este item. O conselheiro Alcindo Ferla diz que em momento nenhum a SES  
121 considerou a fórmula fechada para novos critérios. A conselheira Beatriz Kunkel lembra que a  
122 discussão gira em torno dos recursos estaduais, restando os recursos federais e municipais.  
123 Finalizando, a conselheira diz que deve se discutir Saúde como qualidade de vida, não apenas  
124 SUS/hospitais. O Dr. Ernesto Llopart concorda com a conselheira Beatriz Kunkel, reafirma que a  
125 medicina preventiva deve se sobrepor à medicina curativa e abre seu voto em favor da proposta da  
126 ASSEDISA/FAMURS. O conselheiro Flavio Lewgoy solicita que os conselheiros explicitem se  
127 concordam com a proposta do Governo ou com a proposta da ASSEDISA/FAMURS. O Dr. Llopart  
128 sugere que unam-se as duas propostas. A conselheira Eliana Carvalho diz que deve se considerar o  
129 Orçamento Participativo, para integrar a população nas decisões. A conselheira diz que faltaram na  
130 proposta do Gestor critérios que priorizem os investimentos que estão dando certo, para formular  
131 um modelo de gestão de Saúde. A conselheira abre seu voto em favor da proposta do Gestor. O  
132 conselheiro Mário Dal Berto diz que na proposta do Gestor se contemplam com mais recursos os  
133 municípios onde a Saúde vai mal, ou visa-se o negativo. O conselheiro diz que o critério mais  
134 positivo na proposta da SES são os 30% para o Orçamento Participativo. Finalizando, o conselheiro  
135 faz um adendo à proposta do Gestor, que seria o percentual aplicado pelo município em Saúde. O  
136 conselheiro Milton Kempfer concorda com a valorização do Orçamento Participativo. A

137 conselheira Adalgiza Araujo diz que a questão da conselheira Beatriz Kunkel, sobre promoção e  
138 prevenção da Saúde deve se contemplar explicitamente; a questão dos percentuais que os  
139 municípios aplicam nos seus orçamentos tem de ser um critério para repasse de verbas e a questão  
140 da prevenção e promoção da Saúde deve ser a tônica principal do repasse de verbas deste fundo a  
141 fundo. Quanto à questão da capacidade instalada, diz que concorda que seja retirada, se os 10%  
142 destinadas à mesma forem somados às prioridades regionais. Finalizando, a conselheira abre seu  
143 voto em favor da proposta do Gestor. O conselheiro André Denicol diz que o Orçamento  
144 Participativo deve ser valorizado. O conselheiro Alcindo Ferla diz que deve-se distribuir os recursos  
145 com equidade, para fortalecer a qualidade de vida. Finalizando, o conselheiro diz que fortalecer o  
146 controle social é questão básica para o Gestor Estadual. A Secretária Maria Luiza diz que renda per  
147 capita é a forma que sempre se usou para dividir recursos neste País, como se todo mundo recebesse  
148 igualmente. Em relação ao Orçamento Participativo, é uma questão política sim, política de  
149 participação social. O conselheiro Luciano Saltiel diz que não é contra o Orçamento Participativo,  
150 mas diz que os critérios do OP não poderiam ser incluídos no Piso Estadual de Saúde. O  
151 conselheiro Carlos Soares diz que não tem condições de optar por uma das propostas no dia de hoje;  
152 o conselheiro coloca que os indicadores de Saúde devem ser um dos critérios importantes para o  
153 repasse, pois, no entendimento do conselheiro, municípios que investem e que conseguiram atingir  
154 bons indicadores de Saúde devem ter um acréscimo nos seus recursos. O conselheiro Sebastião  
155 Pinto diz que o Orçamento Participativo é intocável. O Dr. Derocy Cirillo solicita ao conselheiro  
156 Alcindo Ferla que especifique o que é população total nos critérios da proposta do Gestor; Dr.  
157 Derocy diz que qualquer critério que estabeleça a população total, como prioritário, é um critério  
158 discriminatório, como o são a idade, cor dos olhos e etnia, que jamais devem servir de elemento de  
159 distinção entre as pessoas, sugerindo que se melhore estes 30% da população total. Finalizando, Dr.  
160 Derocy encaminha que retire-se o item população total e coloque-se populações de menos de 14  
161 anos e mais de 65 anos e aí se faça uma mescla das prioridades regionais. O conselheiro Flavio  
162 Lewgoy, que preside este ponto de pauta, solicita que não se façam debates cruzados. Finalizando, o  
163 conselheiro questiona o plenário da necessidade de continuar a discussão. O Gestor Estadual  
164 solicita a retirada do próximo ponto de pauta para a continuação da discussão do atual ponto. A  
165 Plenária concorda com a continuação da discussão. O conselheiro Alcindo Ferla esclarece que, em  
166 relação ao ponto de aplicação, está previsto no decreto que os planos são de decisão soberana dos  
167 CMS, posteriormente apresentados ao Gestor Estadual e que a habilitação para fins de repasse seja  
168 feita pela Comissão Bipartite. A conselheira Arita Bergmann diz que após uma hora de debate já há  
169 um consenso em relação ao critério populacional, como também a maioria do plenário concorda  
170 com o critério da Prioridade Regional e Orçamento Participativo e de contemplar as ações positivas  
171 por parte dos municípios. O conselheiro Flavio Lewgoy sugere encaminhamento no sentido de  
172 encontrar uma terceira via com a fusão ou acordo das duas atuais propostas. O conselheiro Luciano  
173 Saltiel diz que o Orçamento Participativo elaborado no ano de 1999 é pouco representativo, não  
174 sendo totalmente democrático, pois, segundo o conselheiro, cento e noventa mil pessoas não podem  
175 decidir por um universo de nove milhões. O conselheiro Carlos Soares faz encaminhamento no  
176 sentido de indicar representantes do plenário e Mesa Diretora, juntamente com os conselheiro  
177 Luciano Saltiel e Arita Bergmann, para que estudem uma proposta conjunta. A conselheira  
178 Adalgiza Araujo faz encaminhamento pela votação no dia de hoje. O conselheiro Carlos Soares não  
179 concorda com a votação na plenária de hoje e abstem-se de votar. O Dr. Derocy Cirillo, referindo-  
180 se ao artigo 35 da Lei 8080, diz que não vê a possibilidade de criar níveis de participação do setor  
181 Saúde dos orçamentos estaduais e municipais que se aproximem-se eventualmente de prioridades  
182 regionais, e tem uma dificuldade de entendimento nesta situação. Dr. Derocy sugere que defina-se  
183 que prioridade regional pode eventualmente compor critérios de distribuição de recursos. A  
184 conselheira Arita solicita que não se coloque em votação as resoluções, por entender o debate em  
185 plenário ainda insuficiente. O conselheiro Flavio Lewgoy questiona o plenário se a votação poderá  
186 ocorrer no dia de hoje ou transfere-se para a próxima plenária para melhor análise das duas

187 propostas. A Secretária Maria Luiza esclarece que um dos objetivos de discutir este assunto no dia  
188 de hoje é que a Assembléia Legislativa está votando o Orçamento Estadual, e retirando recursos da  
189 Municipalização Solidária. A Mesa questiona o plenário, se o mesmo transfere a votação para a  
190 próxima plenária ou vota as resoluções no dia de hoje. O plenário decide através de votação pelo  
191 não adiamento. O conselheiro Flavio Lewgoy questiona o plenário se todos estão esclarecidos em  
192 relação às propostas apresentadas, juntamente com os adendos. O conselheiro Alcindo Ferla faz a  
193 leitura da proposta final do Gestor. A Mesa coloca em votação a proposta final do Gestor, com os  
194 respectivos adendos, e a proposta da FAMURS/ASSEDISA. A proposta do Gestor é aprovada por  
195 ampla maioria. A Mesa abre ponto de pauta: **Encontro Estadual de Conselhos de Saúde do RS.**  
196 O conselheiro Jairo Tessari faz leitura da proposta preliminar em relação a organização do Encontro  
197 Estadual. A conselheira Jurema Bildhauer informa que foi disponibilizado o Hotel Clube Farrapos  
198 para a estada dos conselheiros do interior, e informa, ainda, a possibilidade de realizar uma  
199 confraternização no CTG 35, em frente à AMRIGS. O conselheiro Alcindo Ferla esclarece que o  
200 Encontro não se dará no auditório da AMRIGS, mas no teatro da mesma. A Mesa abre ponto de  
201 pauta: **Relatos e Pareceres das Comissões.** O conselheiro Luís Bolzan, membro da **Comissão de**  
202 **Saúde Mental**, solicita que o plenário analise a proposta de Regimento Interno das Comissão de  
203 Saúde Mental. O Plenário decide por levar a proposta da Comissão para as respectivas entidades e  
204 posteriormente votar. O conselheiro Adair Rocha, membro da **Comissão de Saúde do**  
205 **Trabalhador**, relata que já está em desenvolvimento no município de São Leopoldo o I Curso de  
206 Formação em Saúde do Trabalhador e o Seminário sobre LER e DORTE, que será realizado na  
207 Câmara Municipal de Porto Alegre. O conselheiro Luís Bolzan solicita informações da SES sobre  
208 as denúncias da Clínica Olivê Leite. A conselheira Jurema Bildhauer, membro da **Comissão dos**  
209 **Conselhos Regionais**, informa que a Comissão terminou a elaboração do seu Regimento Interno e a  
210 regularização dos Conselhos Regionais do RS, que será encaminhado à plenária. O conselheiro Luís  
211 Bolzan solicita novamente um retorno, por parte da Mesa e Comissão Permanente de Fiscalização  
212 do CES, sobre as denúncias de irregularidades no CMS do município de Aratiba. Nada mais  
213 havendo a tratar, a Presidente do CES/RS encerra a presente reunião às 18:05min, da qual, eu  
214 Eduardo Grahl Muller, lavrei a presente ata, que após leitura e aprovação será devidamente assinada  
215 pela Mesa Diretora.

216 Porto Alegre, 11 de novembro de 1999.

217

218

219 **Adalgiza Balsemão Araujo**

**Alcindo Ferla**

220 Presidente do CES/RS

Vice Presidente do CES/RS

221

222 **Jairo Francisco Tessari**

**Carlos Alberto Duarte**

223 Coordenador

Coordenador

224

225 **Flavio Lewgoy**

**Eliana Aguiar de Carvalho**

226 Coordenador

Coordenador



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DE SAÚDE  
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-CES/RS

ATA DA 21ª REUNIÃO PLENÁRIA ORDINÁRIA DO CES/RS – 1999

1 Aos nove dias do mês de dezembro, na sala de reuniões do CES/RS, à Avenida Borges de Medeiros 1501,  
2 20º andar, reuniu-se o Plenário do CES/RS com a seguinte pauta: 1) Ata e Expediente; 2) Informe e  
3 Assuntos Gerais; 3) Critérios da Saúde Solidária; 4) Verão/2000 Com Vida; 5) Prestação de contas  
4 do 3º trimestre; 6) Calendário do CES/RS-2000; 7) Encontro Estadual de Conselhos de Saúde; 8)  
5 Relatos das Comissões. Estiveram presentes os conselheiros titulares: Ana Maria Müller, Flávio  
6 Lewgoy, Sandra Maria Rodrigues, Luís Carlos Bolzan, André Denicol, Carlos Alberto Duarte, Silvia  
7 Marques, Mário Dal Berto, Marilda Kersting, Odil Gomes, Valdir Basso, Jurema Bildhauer, Jairo Tessari,  
8 Lenise Hetzel, Silvestre Cachanoski, Carlos Soares, Marta Helena Fert, Luciano Von Saltiel, Carlos  
9 Alexandre Geyer; e os conselheiros suplentes Flávia Macedo Cruz, Osvaldo Brunettu, Maria Lilia  
10 Daleiro, Milton Francisco Kempfer, Maria da Conceição Carrion, Stênio Rodrigues, Arita Bergmann,  
11 Augusto Capelletti. A mesa registra as presenças do Dr. Derocy Cirillo, Procurador da República no RS,  
12 Dr. Ernesto Llopert, assessor médico do CES/RS, Raquel de Souza Ferreira, estagiária de Direito no  
13 Ministério Público Federal, Adriana Valer, João Antônio Rodrigues, do Hospital de Clínicas de POA,  
14 Cátia Reichow, representante da SES/RS e Joaquim D. Kliemann, representante da Secretária Municipal  
15 de Saúde de POA. O conselheiro Flávio Lewgoy instala a plenária às 14:20 min, fazendo a leitura da ata.  
16 Procedem-se as correções e a ata é aprovada. A mesa abre o primeiro ponto de pauta com o conselheiro  
17 Carlos Duarte, referente a **Informes e Assuntos Gerais**. A conselheira Marilda comunica que enviou  
18 uma carta à mesa informando que é titular, e está indicando a Miria( sobrenome não mencionado)como  
19 sua suplente; também informa sua preocupação referente aos preços dos medicamentos. Gostaria de saber  
20 se há possibilidade dos conselheiros interferirem nos preços dos remédios. Antes de prosseguir com  
21 assuntos gerais o conselheiro Flávio faz a leitura do **Expediente**. Comunica que a AGAFAPE está  
22 representada pela conselheira Marilda e sua suplente Miria; acontecerá o I Seminário Estadual de  
23 Trabalhadores com LER no dia dezoito de dezembro de 1999, no Sindicato dos Metalúrgicos; I Encontro  
24 de Medicina de Família, que se realizará no dia quatorze de dezembro de 1999, no Anfiteatro da  
25 FEDERASUL; o município de Dom Feliciano convida para a I Conferência Municipal de Saúde, a se  
26 realizar no dia 11 no Salão Paroquial; o conselheiro Flávio comunica que enviou uma sugestão à  
27 Comissão Bipartite devido ao elevado número de intoxicações com agrotóxicos no meio rural, sugerindo  
28 à Bipartite que começasse a privilegiar os hospitais que instituem serviços de atendimento a intoxicações  
29 por agrotóxicos ou, ainda, que enseje a criação de centros de atendimento a intoxicados por agrotóxicos.  
30 O processo teve início há mais de um ano, no fim de julho de 98, e teve despacho favorável na Bipartite.  
31 Retornando aos **Assuntos Gerais**, a Secretária Executiva do CES/RS, Cristiane Montenegro, informa que  
32 estão ausentes, nesta plenária, as conselheiras Adalgiza Araujo, Eliana Aguiar, Beatriz Kunkel, Sonia  
33 Cruz e o conselheiro Adair da Rocha porque estão representando o CES/RS na Plenária Nacional, em  
34 Brasília. A conselheira Silvia Edite Marques comunica que no dia 4 de dezembro de 1999 ocorreu a I  
35 Conferência Municipal de Bom Jesus, e espera-se que em maio de 2000 ocorrerá a I Conferência  
36 Regional daquele local. Nos dias 13 e 14 de dezembro será rediscutida a questão do São Pedro Cidadão.  
37 O conselheiro Luiz Bolzan comenta que 26 municípios do Alto Uruguai já tem marcadas suas  
38 conferências ou plenárias de saúde, o que é uma grande vitória, porque eram esperados 15 municípios no  
39 máximo; no dia 8 de dezembro ocorreu a Plenária Municipal de Saúde em Herval Grande. Herval Grande  
40 é o município onde o Secretário de Saúde disse que era uma palhaçada ocorrer a Plenária, só que havia  
41 132 pessoas participando da plenária, mas o Secretário de Saúde e o Prefeito não participaram. O  
42 conselheiro Luiz Bolzan registra que no dia 25 e 29 foi votada a Peça Orçamentária do Estado para 2000,  
43 dizendo o nome de alguns deputados que estavam na Comissão de Finanças: César Buzatto, Aldo Troca,  
44 Onix Lorenzoni, Jair Foscarini, Valdir Andres, Érico Ribeiro e Heradir Petroski. Na opinião do  
45 conselheiro Bolzan estes deputados desconsideraram o CES/RS. O conselheiro acredita que isto não

46 ocorreu por desconhecimento da lei, porque a lei 10097, de janeiro de 94, do CES/RS, foi aprovada na  
47 Assembléia Legislativa do Estado e alguns desses deputados, como por exemplo Heradir Petroski, eram  
48 deputados na época. O conselheiro André Denicol agradece a participação do CES/RS no Curso de  
49 Capacitação que ocorreu na Microrregião da Serra. A avaliação do evento, no qual Carlos Barbosa  
50 participou com 8 conselheiros, é que cada vez mais fica justificado e se vê a necessidade de capacitação  
51 de conselheiros, inclusive a necessidade de que haja um Regional e não microrregional na região da  
52 Serra. O conselheiro Milton Francisco Kempfer registra que participou de algumas audiências públicas e  
53 a situação dos trabalhadores da Saúde continua calamitosa em vários locais; embora o Governo do Estado  
54 tenha criado o FUNAFIR, o Hospital Beneficência de Rio Grande ainda permanece na mesma situação ,  
55 noventa trabalhadores foram demitidos e não foram indenizados, os que trabalham já faz um ano e meio  
56 que não recebem o salário em dia, e isso ocorre também em Três Passos e Tupanciretã. O conselheiro  
57 acredita que 1999 foi um ano feliz, porque 2000 será pior. Terão que devolver AIHs mal faturadas e  
58 também o empréstimo do FUNAFIR. O conselheiro Carlos Duarte relata, também, a participação do  
59 CES/RS no Curso de Capacitação que ocorreu na microrregião da Serra e a importância deste Curso para  
60 capacitar conselheiros. O conselheiro Luciano Von Saltiel pede que seja pautado para a próxima plenária  
61 o assunto Central de Marcação. O conselheiro Mário Dal Berto fez um pronunciamento sobre o que  
62 ocorreu na Assembléia com relação à Municipalização Solidária, pois acredita ser um marco histórico no  
63 Estado e no SUS aconteceram algumas coisas importantes; por exemplo, alguns deputados diziam que  
64 sabiam o que estavam fazendo, tinham clareza e estavam recebendo respaldo de suas bases. Ocorreu,  
65 também, que entidades que fazem parte deste Conselho, e após este discutir e definir fizeram força para  
66 que fosse aprovado algo diferente do que fora decidido neste Conselhos. No entanto, essas entidades tem  
67 a obrigação de defender o que foi definido e discutido. O conselheiro acredita ser necessário que se faça  
68 um resumo do que ocorreu na Comissão de Finanças e também na Comissão de Saúde, o que foi votado  
69 pela Assembléia como orçamento, para divulgar a toda a população, e que se faça uma correspondência  
70 ao Governador do Estado contendo as resoluções votadas por este Conselho com relação à Saúde,  
71 solicitando que ele veto o que for diferente das resoluções aprovadas pelo CES/RS. A conselheira Ana  
72 Müller responde ao conselheiro Milton sobre a avaliação e controle do que está ocorrendo no Estado  
73 referente aos hospitais, dando ciência de providências originadas auditoria sobre o Fundo Nacional de  
74 Saúde. Foram autuados mais de 20 hospitais, há processo contra uma clínica de radioterapia e assim,  
75 dando publicidade não aos fatos mas à auditoria, o controle e a avaliação, hoje, estão em situação  
76 diferente do que a SES encontrou. O conselheiro Milton Francisco Kempfer pergunta se haverá  
77 responsabilização civil ou criminal das pessoas que cometeram isso, porque o que sempre ocorre é  
78 apuração de irregularidade, mas nunca ninguém é responsabilizado. O conselheiro Jairo Tessari registra  
79 que não está informado sobre nenhum dos hospitais citados pelo conselheiro Milton, que receberam  
80 dinheiro do FUNAFIR. Dr. Derocy Cirilo informa que no dia 13 de dezembro, segunda-feira, na sede da  
81 Associação do Ministério Público, vai ter início um projeto dos Ministérios Públicos Federal e Estadual  
82 no sentido de criar oficina de Saúde com promotores de justiça. O objetivo é de, a cada três meses, a  
83 partir do ano que vem, haver encontros com promotores. Faz uma sugestão à Mesa de que comunique aos  
84 hospitais e aos gestores de Saúde que, sendo aprovada no Congresso Nacional a medida provisória 1923,  
85 que trata da regularização fiscal de todas as empresas do país, e na área de prestação de serviços  
86 especificamente na área da Saúde, o comprometimento do faturamento é da ordem de dois por cento para  
87 atender débitos com a Previdência Social e a Receita Federal. Acredita que se houver uma grande  
88 divulgação deste tema com certeza irá diminuir sensivelmente o constrangimento com estes débitos na  
89 administração dos hospitais. O importante é que até trinta de dezembro todas as empresas que estiverem  
90 nesta situação, em débito com o fisco, devem fazer sua habilitação perante a Receita Federal. A  
91 conselheira Silvia Marques registra a importância do regimento da Saúde Mental e espera que seja  
92 pautado para a próxima plenária. O conselheiro Silvestre Cachanoski reforça o que o conselheiro Luiz  
93 Bolzan havia comentado sobre Conferência na região do Alto Uruguai, e afirma que a 11ª Coordenadoria  
94 irá perder, através da Emenda 1315, que modifica a redistribuição de verbas na Municipalização  
95 Solidária, um milhão oitocentos e cinquenta e sete mil reais, que deixam de ir para a região na área da  
96 Saúde. Há municípios onde a Saúde foi listada como segunda prioridade, e esses irão perder setenta e  
97 nove por cento dos recursos. A conselheira Arita Bergmann constata que há muitos telefonemas de  
98 prefeituras questionando sobre distribuição de medicamentos por parte do gestor estadual, sugerindo  
99 assim que a questão da assistência farmacêutica básica, parte da responsabilidade do Estado que também  
100 dá uma contrapartida de cinquenta centavos por habitante/ano, fosse trazida para o CES/RS, e também a  
101 contrapartida dos municípios, para que se fizesse uma avaliação em uma das próximas plenária, de como  
102 está o abastecimento dos medicamentos essenciais dentro do Estado. Antes do encerramento dos  
103 Assuntos Gerais o conselheiro Mário Dal Berto propôs que fosse encaminhado um documento ao  
104 Governador, e também que fossem publicadas as resoluções do CES/RS em jornal. A plenária aprova por

105 unanimidade e serão encaminhadas as propostas, encerrando assim o ponto de pauta **Assuntos Gerais**. O  
106 conselheiro Jairo Tessari dá início ao próximo ponto de pauta: **Critérios da Saúde Solidária**, afirmando  
107 que este título faz parte de um documento chamado “Política Estadual de Apoio à Qualificação da  
108 Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS, Saúde Solidária Novo Patamar”, do gestor estadual. Esta  
109 proposta irá ser exposta pela diretora da Secretária Estadual de Saúde, a Coordenadora Dra. Ana Müller,  
110 que diz já ter sido aprovada a política estadual de apoio e qualificação da assistência hospitalar aos  
111 usuários do SUS, que vem substituir os antigos programas: Mãos Dadas, Pró Hospitais, que beneficiavam  
112 algumas instituições em detrimento a outras, tratavam as instituições verticalmente e hoje se quer tratar  
113 horizontalmente. A conselheira trouxe o projeto até o CES/RS para ser discutido, porque uma vez que a  
114 política aprovada diz que esses incentivos não podem ser cumulativos, devido às diferentes interpretações  
115 do texto final aprovado pelo CES/RS a conselheira pede ajuda na decisão. O conselheiro Jairo fez a  
116 leitura da parte mais polêmica do texto e abriu as inscrições para as manifestações. A conselheira Ana  
117 Müller coloca que alguns hospitais que servem para ensino, os chamados Hospitais Universitários,  
118 recebem, para combinar as funções de assistir usuários e formar pessoas, um PLUS a mais sobre seu  
119 faturamento; este varia de vinte e cinco por cento a setenta e cinco por cento. No RGS todos tem de  
120 cinquenta a setenta e cinco por cento do faturamento das AIHs; a política aprovada pela SES/RS tem uma  
121 dupla leitura: a primeira diz que os hospitais que recebem este tipo de incentivo não poderiam receber o  
122 incentivo dado aos hospitais que recebem o PLUS; a segunda leitura diz que o percentual não estaria  
123 incidindo sobre os cento e cinquenta, mas sobre o cem por cento, então não seria cumulativo. A  
124 conselheira afirma que são essas duas leituras que estão em jogo. Dr. Joaquim Kliemann registra que a  
125 Secretária Municipal de POA acompanhou desde o início de 1998 a programação e o planejamento do  
126 atendimento à urgência e emergência no Estado, em função justamente da criação, naquela época, pelo  
127 Ministério da Saúde, de um incentivo que se destinava ao atendimento de urgência e emergência e  
128 acredita ser fundamental que haja um resgate da história defendida e a proposta da Comissão Intergestora  
129 Bipartite. A conselheira Arita Bergmann registra que a questão Saúde Solidária é mais ou menos parecida  
130 com a da Municipalização Solidária, sempre há comentários sobre alteração de critérios ou de  
131 composição, alguns ganham ou alguns perdem e novamente há uma situação muito difícil, porque na  
132 realidade todos os hospitais necessitam de recursos. A conselheira comunica que a FAMURS espera que  
133 os vinte e cinco por cento cheguem a todos os hospitais que constituem a rede de urgência e emergência,  
134 caso não seja possível dar os vinte e cinco por cento propõe, tendo em vista a Portaria 42, que o Estado,  
135 em conjunto com as plenas, assumam o custeio dos hospitais Tipo 3, são os grandes hospitais e onde incide  
136 o FIDEPS e que o Gestor Estadual, com recurso do Tesouro, assumam os vinte e cinco por cento para  
137 custeio dos hospitais de apoio, de menor complexidade. Fernando Dias Lopes, visitante, do Hospital São  
138 Lucas da PUC, comunica que o que a conselheira Arita Bergmann colocou, referente aos recursos que  
139 ingressaram no Estado, já se sabe que estariam diluídos na prestação de serviços como um todo, porque  
140 os recursos que vem do Estado são absolutamente inadequados, sabendo-se com isso que a Saúde não tem  
141 condições de manter os seus compromissos em dia. Referente à questão do FUNAFIR, a lei que o criou  
142 prevê os hospitais públicos; quanto ao FIDEPS, este é pago exclusivamente para ensino e pesquisa porque  
143 o médico ao concluir sua graduação de seis anos terá que desenvolver uma especialidade para poder,  
144 então, realmente deter um diploma de especialista, pois toda a formação de especialista do Estado deve  
145 passar por um hospital após a graduação e esta mão de obra é paga pelo hospital, e para ter esses  
146 profissionais com especialização o Ministério da Educação e o da Saúde dão apoio através do FIDEPS,  
147 que é exclusivo para mão de obra. O conselheiro Jairo Tessari complementa a colocação feita pela  
148 conselheira Arita Bergmann sobre o FUNAFIR: os hospitais filantrópicos receberam os recursos porque  
149 se agilizaram e foram competentes. O sistema de urgência e emergência do Estado não prescinde dos  
150 hospitais que recebem FIDEPS, se forem incluídos para receber e o recurso for finito, os vinte e cinco por  
151 cento serão menores para todos. Propõe que se decida se darão vinte e cinco por cento para um grupo ou  
152 menos de vinte e cinco por cento para todos que fazem urgência e emergência. O conselheiro Mário Dal  
153 Berto registra que na primeira listagem, dos hospitais que receberam o FUNAFIR, consta que três  
154 hospitais ficaram com cinquenta por cento do dinheiro distribuído, quando há emendas na Assembléia  
155 essas são destinadas aos grandes hospitais; o mesmo ocorre com a política federal, devido a isso existe  
156 uma grande preocupação. O conselheiro pergunta à conselheira Ana Müller como e qual seria a melhor  
157 política para o favorecimento dos pequenos hospitais. Dr. Derocy Cirillo quer saber qual a posição da  
158 Secretária da Saúde relativamente à interpretação que faz dessa cumulatividade; informa, também, que  
159 cumulatividade em direito significa repique, ou seja, um sobre o outro. Então, não quer dizer que  
160 cumulatividade seja pagar duas verbas sobre uma mesma base, mas, como disse a conselheira Ana  
161 Müller, seria pagar sobre cento e cinquenta por cento e não sobre cem por cento; quer saber qual a  
162 política efetiva em cada leitura. O conselheiro Milton pergunta à conselheira Ana Müller porque os  
163 hospitais públicos municipais ainda não receberam os recursos do FUNAFIR, e quer saber quando

164 ocorrerá a reunião que decidirá como os hospitais prestarão contas referentes ao FUNAFIR, e quer saber  
165 também qual a contrapartida exigida para os hospitais que ganham maior recurso. O conselheiro Jairo  
166 lembra que a discussão é sobre urgência e emergência, não sobre FUNAFIR. A conselheira Ana Müller  
167 disse que não responderá às três perguntas, não porque não quer, e comunica que a Secretária de Saúde  
168 tem proposta para os pequenos hospitais, para descentralização, para fazer o repasse da Saúde Solidária e  
169 a assinatura de compromissos que o hospital deverá fazer para receber o incentivo, mas a discussão é se  
170 permanece o texto segundo foi aprovado por esta portaria, ou, como foi colocado pelo Dr. Joaquim  
171 Kliemann, pelo Dr. Fernando Dias Lopes e pela conselheira Arita Bergmann, com mais recursos, porque  
172 estes são limitados. A conselheira propõe-se a discutir sobre hospitais em outra plenária. Dr. Joaquim  
173 Kliemann informa que não está propondo uma modificação do texto, mas sim uma interpretação do texto  
174 que diz que não há cumulatividade e o conceito de cumulatividade foi explicado pelo Dr. Derocy Cirilo.  
175 Atribuir o incentivo vinte e cinco por cento para os hospitais que possuem FIDEPS não é cumulatividade,  
176 pois cumulatividade seria incluir no cálculo dos vinte e cinco por cento, o valor atribuído pelo FIDEPS. O  
177 conselheiro Carlos Soares comenta, a respeito do sistema de urgência e emergência, que existe uma longa  
178 discussão, sendo esquecida na prática a sua operacionalização. Há também uma discussão referente à PPI,  
179 onde se cobra do Gestor Estadual que a PPI venha a existir concretamente, porque a partir dela pode-se  
180 organizar uma rede estadual estabelecendo um fluxo de referência, e criar valores diferenciados de acordo  
181 com a complexidade do atendimento e do porte de cada serviço. A conselheira Arita Bergmann propõe  
182 que seja lida a proposta de Resolução Nº 10, porque é através dela que será decidido se será aceita a  
183 inclusão de hospitais que já tem algum tipo de incentivo. O conselheiro Carlos Soares acredita ser válida  
184 a proposta de leitura da Resolução Nº 10, feita pela conselheira Arita. O conselheiro Milton registra que  
185 existem hospitais que não possuem condições de atender urgência e emergência e os que tem FIDEPS já  
186 ganham incentivos em cima dos atendimentos que prestam, sugere que os incentivos sejam dados aos  
187 hospitais que já possuem critérios estabelecidos, exigindo contrapartida dos mesmos. Fernando Dias  
188 Lopes registra que os hospitais tem FIDEPS para assistência, urgência e emergência, e não possuem  
189 nenhum acréscimo. O urgência e emergência tem níveis, mas é um sistema onde os casos mais graves  
190 sempre irão terminar nos grandes hospitais, os que tem maior resolutividade. Se ocorrer a separação do  
191 urgência e emergência isto resultará na quebra do sistema, descompromissando os hospitais que não  
192 receberam dotação orçamentária para urgência e emergência e acaba-se formando um sistema de menor  
193 qualidade e resolutividade. O conselheiro Carlos Soares reforça que o atendimento pré-hospitalar precisa  
194 também ser pensado como processo de incentivo, porque não havendo a possibilidade do hospital de  
195 apoio atender e ter uma remuneração mínima por aquele atendimento, ele vai deixar de atender e irá  
196 remeter a quem recebe os incentivos para fazer este tipo de atendimento, criando-se assim um caminho  
197 diferenciado daquele que poderia ser pactuado na PPI se ela existisse. A conselheira Marta Fert registra  
198 que quem trabalha em hospital vivência que a partir das 9h30min da noite chega um grande número de  
199 pessoas do interior do Estado para os grandes hospitais, e alguns destes fecham suas portas para  
200 emergência quando chega um número x de pessoas. Registra, também, que são apenas dois ou três  
201 hospitais que não cobram anestesia em POA. Acredita que existem coisas que precisam ser vistas porque  
202 não resolve dizer que tem emergência se na realidade mandam usuários para hospitais que cobram  
203 anestesia. Fernando Dias Lopes comenta a questão da anestesia, colocada pela conselheira Marta, dizendo  
204 “ os hospitais que não possuem anestesistas nos seus quadros é porque não são credenciados pelo SUS,  
205 todos os hospitais que possuem FIDEPS tem que ter no quadro como funcionário o anestesista, e eu,  
206 garanto que nenhum hospital com FIDEPS em POA deixa de ter anestesista como funcionário, e não  
207 existe em POA esse tipo de cobrança; e em segundo lugar quarenta e cinco a cinquenta por cento dos  
208 atendimentos de POA no urgência e emergência vem do interior e acompanhamos que todos os hospitais  
209 estão com as portas abertas durante vinte e quatro horas, há limitações nas esperas de urgência porque são  
210 ditadas pelo fluxo, e pelo grande movimento de pessoas.” Dr. Joaquim Kliemann reforça que em POA os  
211 hospitais que possuem FIDEPS não cobram anestesia. Referente à questão de Fundo, que é a concepção  
212 de um sistema de urgência e emergência, acredita que a proposta de incentivo de vinte e cinco por cento  
213 aos hospitais de apoio era porque estava pressuposto que os grandes hospitais iriam receber um incentivo  
214 maior por parte do Ministério, e isto compõe um sistema hierarquizado, mas não ocorreu a concretização  
215 do incentivo aos grandes hospitais, que respondem por noventa por cento do atendimento, porque querem  
216 criar um sistema de urgência e emergência que contemple com o incentivo quem faz o menor e não  
217 contemple com o incentivo o que faz o maior, e não se confunda com isso o incentivo FIDEPS, porque  
218 este não tem nada a ver com urgência e emergência. Devido a isso o Dr. Joaquim é a favor do incentivo  
219 aos hospitais menores. O conselheiro Jairo Tessari pergunta se os conselheiros estão habilitados para a  
220 votação de incluir o FIDEPS, sim ou não, para logo após encaminhar a Resolução. A Dra. Cátia Reichow  
221 propõe que primeiro seja lida a Resolução e depois votada, porque quem for a favor da Resolução será  
222 contrário à outra proposta. O conselheiro Jairo Tessari faz a leitura da Resolução e propõe a votação. O

223 conselheiro Carlos Soares pede um esclarecimento se o sistema de urgência e emergência é o mesmo  
224 conhecido por ele, ou se foi alterado. O conselheiro Milton Kempfer pergunta: caso a votação for contra,  
225 mas querendo-se a contemplação de todos, como ficaria o percentual? A conselheira Ana Müller explica  
226 que baixaria a cerca de quinze por cento para todos os hospitais, porque são os grandes hospitais que tem  
227 FIDEPS. O conselheiro Jairo Tessari propõe a votação e pergunta se os conselheiros estão em condições  
228 de votar. Surgiu o consenso de os conselheiros não estão em condições de votar. A conselheira Arita  
229 Bergmann lembra que já é nove de dezembro, o recurso deve ser definido e empenhado e os hospitais  
230 estão todos com a corda no pescoço. A conselheira Gloria Sampaio, Diretora do FES, reforça e esclarece  
231 o que a conselheira Arita comentou, alertando para o prazo para empenhar no exercício de 1999, para  
232 segurar esses recursos e isso significa que o empenho deve estar de posse da contadoria seccional no dia  
233 dezesseis à tarde, pois este é o prazo para empenhar. Isso implica que no máximo em três dias úteis tem  
234 que se ter o processo devidamente instruído para que possa ser feita a solicitação de empenho e manda-la  
235 para a seccional. O conselheiro Augusto Capelleti lembra que o assunto “Verão 2000” tem que ser votado  
236 hoje( nove de dezembro) e pede à Mesa para controlar, porque se o “Verão” não for votado também não  
237 ocorrerá o empenho e os municípios não receberão o dinheiro. O conselheiro Mário Dal Berto coloca que  
238 a questão de ordem é bem simples, porque já foi decidido que não há condições de votação nesta plenária(  
239 nove de dezembro). A Mesa Diretora propôs o encaminhamento de abrir mais inscrições. O conselheiro  
240 propõe que sejam abertas mais inscrições para se discutir nesta plenária( nove de dezembro) ou será pauta  
241 da próxima plenária( vinte e sete de janeiro), e só se inscreveriam para discutir aqueles que são contra o  
242 encaminhamento da Mesa Diretora. O conselheiro Jairo Tessari pergunta se existe alguém que tenha  
243 alguma colocação para fazer para que não seja discutida nesta plenária( nove de dezembro). O  
244 conselheiro Carlos Soares não concorda porque por várias vezes foram resolvidos assuntos no afogadilho,  
245 acredita que se não for feito um estudo adequado sobre a questão não vale a pena realizar a votação. O  
246 conselheiro coloca que não virá mais ao CES/RS se tiver que falar somente o que lhe é imposto. Dra.  
247 Gloria Sampaio propõe a Mesa Diretora, embora tendo que passar para o ano 2000, que este assunto-  
248 Prestação de Contas do 3º Trimestre- pautado para esta plenária( nove de dezembro) fique para a próxima  
249 plenária( vinte e sete de janeiro) abrindo mão deste espaço para que esta discussão possa ter a validade e a  
250 profundidade necessárias. Dra. Gloria esclarece que não pode precisar exatamente o valor, devido a que  
251 um número grande de valores passam pelo Setor Financeiro, mas acredita que a dotação disponível para  
252 este exercício seja de dois milhões de reais. Caso isto não seja aprovado este valor( dois milhões de  
253 reais)será perdido, porque não existem maneiras legais, nem contábeis, nem orçamentárias, nem  
254 financeiras de se recuperar este valor no ano 2000. A Plenária aprova que o assunto, **Prestação de**  
255 **Contas do 3º Trimestre**, seja discutido em uma outra plenária. O conselheiro Jairo Tessari abre as  
256 inscrições para esclarecimentos referentes à Resolução. Dr. Ana Müller esclarece que desde o dia 31 de  
257 dezembro já vem trabalhando no Sistema de Urgência e Emergência. Quando a Dr. Ana comentou que  
258 não falaria em hospitais de apoio ou de pequeno porte, porque de alguma forma está envolvida uma  
259 política de assistência hospitalar que contempla a descentralização da assistência hospitalar e, também, a  
260 qualificação desses pequenos hospitais para poder fazer uma assistência mais resolutive, para tanto foi  
261 dividido o Estado em sete grandes regiões, chamadas de macrorregiões, compondo nestas os hospitais de  
262 apoio, os hospitais subpolo e os hospitais-polo, criando, também, nessas macrorregiões, sub-regiões. Ao  
263 ter essa oportunidade de incentivar os hospitais porisso foram escolhidos os hospitais de menor porte,  
264 para começar a trabalhar de modo a criar um sistema embrião, para que no ano 2000, mesmo com a  
265 limitação de recursos, ocorra o início do trabalho nas microrregiões de saúde. Dr. Ana diz que a PPI não  
266 é uma questão de produção no papel, mas é de negociação. A partir de janeiro de 2000 pretende-se levar  
267 este processo que se acumulou no primeiro ano de governo, com isso virão recursos para operacionalizar  
268 projetos. A conselheira Arita Bergmann relembra aos conselheiros que no início do ano de 1999 houve  
269 uma primeira discussão no CES/RS referente ao projeto Mãos Dadas, no dia dezanove de agosto de 1999,  
270 que é a data desta resolução. O CES/RS também discutiu e votou, firmando uma posição. Devido a isso a  
271 conselheira ficou surpresa que algumas pessoas não estejam esclarecidas. O CES/RS naquela  
272 oportunidade votou pela exclusão dos hospitais que já tinham incentivo; com isso a CIB votou esses  
273 critérios através do que foi decidido pelo CES/RS. Dr. Joaquim Kliemann, mesmo não sendo conselheiro,  
274 relembra que no início do texto a Resolução dizia que o Estado é quem decidia a aplicação de incentivos  
275 complementares para criação de uma rede de apoio, mas não saiu o incentivo. Então o que ocorreu de fato  
276 foi que o incentivo do Ministério não veio até hoje e em nenhum momento de encaminhamento de  
277 incentivo foi abstraída a idéia de que se preservasse um sistema. Dr. Joaquim defende um sistema de  
278 Urgência e Emergência e propõe que se inclua nesta Resolução a palavra “não incida cumulativamente”  
279 sobre os incentivos anteriores. A conselheira Arita Bergmann concorda com o Dr. Joaquim mas  
280 acrescenta que o Ministério da Saúde não habilitou nenhum hospital, na Portaria 42 consta que o recurso  
281 do urgência e emergência já está no teto do Estado. O Ministério da Saúde não habilitou porque a CIB

282 decidiu que ou habilitava todos ou não habilitava nenhum dentro da concepção de sistema. O conselheiro  
283 Carlos Soares registra que houve falta ou ineficiência no gerenciamento da demanda porque há um fluxo  
284 de demanda ascendente que busca diretamente os grandes pólos, POA e outras cidades do interior, isso  
285 ocorre porque não há critérios de contenção de demanda nas macrorregiões determinadas no Sistema  
286 Estadual de Referência. O conselheiro comenta que na proposta do Dr. Joaquim Kliemann está sendo  
287 perpetuado o sistema que estão combatendo, se o Sistema Estadual de Urgência e Emergência prevê  
288 escalonamento da demanda, contenção de demanda por nível de hierarquia nas macrorregiões  
289 determinadas e discutida na Plenária. O conselheiro afirma que incentivando financeiramente os pólos  
290 que existem, e que atendem metade da demanda, com isso há perpetuamento do sistema. O conselheiro  
291 Carlos Soares não concorda com a proposta do Dr. Joaquim Kliemann. A conselheira Marta Fert acredita  
292 que todos os hospitais devem receber, sua proposta seria o melhoramento do parágrafo segundo, porque  
293 não é apenas a urgência, há outras questões de suplementação financeira. Gerou-se uma polêmica e o  
294 conselheiro Milton acredita que a conselheira Marta levantou uma questão que deve ser esclarecida,  
295 lembra que o que foi definido na outra resolução, a de número 10, foi uma estratégia de fortalecimento  
296 das regionais em urgência e emergência. Por essa resolução estará sendo contemplado o que foi aprovado,  
297 acredita que os hospitais que possuem FIDEPS são os que tem mais recursos. Dr. Fernando Dias Lopes  
298 afirma que os hospitais só recebem o FIDEPS e nada mais que isso, o resto é tabela igual a qualquer  
299 outra. Mas a partir do momento que forem tirados todos os incentivos, irão tirar daqueles hospitais do  
300 interior que a prefeitura está financiando o plantão de urgência, e também os que atendem a gestantes de  
301 alto risco, irão ser descompromissados como sistema de urgência hospitais importantes. O conselheiro  
302 Mário Dal Berto esclareceu sua dúvida, afirmando que será dado um pouco para todos, ou será dado  
303 vinte ou vinte e cinco por cento para os pequenos hospitais. Concorda com a proposta de que os grandes  
304 hospitais não recebam e os pequenos, devido a isso, recebam uma quantia um pouco maior durante três  
305 meses. Dr. Ana Müller esclarece que o incentivo é o PLUS sobre o faturamento e a subvenção entra no  
306 custeio do hospital para fazer frente aos custos hospitalares. O conselheiro Luciano Von Saliel propõe  
307 que se redija novamente o parágrafo 2º do artigo 1º da Resolução Nº 10, porque a suplementação  
308 financeira do SUS engloba também a suplementação que as Prefeituras fazem aos hospitais, ou seja, uma  
309 suplementação financeira por parte do SUS. O conselheiro Jairo Tessari pergunta aos conselheiros se  
310 estão aptos a votar e faz uma leitura das propostas a serem votadas. A primeira proposta é votar a  
311 Resolução Nº 10 com o esclarecimento pedido pelo conselheiro Luciano Von Saliel, ficando assim: “  
312 este incentivo não será aplicado nos termos da resolução do CES/RS sob o procedimento para qualquer  
313 forma de suplementação, tais como: FIDEPS, gestante de alto risco, urgência e emergência.”. O  
314 conselheiro Carlos Soares acredita que os hospitais que possuem a capacidade instalada para atender  
315 gestantes de alto risco, provavelmente são os hospitais que estarão credenciados para atender urgência e  
316 emergência na macrorregião; esta é a preocupação do conselheiro; outra observação feita pelo conselheiro  
317 diz respeito à urgência e emergência que nem sempre ocorre ao lado do hospital pólo regional, e este  
318 atendimento pré-hospitalar não está contemplado nesta proposta. O conselheiro Carlos Soares propõe que  
319 conste atendimento pré-hospitalar, e acredita que se for colocado “urgência e emergência” serão  
320 suprimidos alguns serviços que na região são aqueles hospitais que fazem. Dra. Ana Müller acrescenta  
321 mais uma observação: o município que suplementa a tabela também não receberá. O conselheiro Jairo  
322 Tessari relembra que há duas propostas, a de não incluir o incentivo cumulativamente e que seja  
323 privilegiado o atendimento pré-hospitalar. Dr. Derocy Cirillo acredita que todas as limitações estão  
324 gerando um segundo FUNAFIR. Dra. Ana Müller responde que quem recebe FIDEPS são vinte e um  
325 hospitais, tabela diferenciada são três ou quatro hospitais, são trezentos e oitenta e quatro hospitais no  
326 Estado. Dr. Fernando Dias Lopes relembra que a discussão é sobre urgência e emergência, e a proposta  
327 feita está eliminando o hospital de urgência com maior respeito no país, o HPS de POA, que atende o  
328 Estado inteiro e pelos critérios colocados irá ficar fora. O conselheiro Jairo Tessari comenta, novamente,  
329 há duas propostas a serem votadas uma é a que veio do Governo e a outra feita pelo Dr. Joaquim  
330 Kliemann que muda a redação dizendo “não incide cumulativamente sobre os incentivos”. Feita a votação  
331 foi aprovada a proposta do Governo com um voto contra. O conselheiro Carlos Duarte abre o ponto de  
332 pauta **Verão/2000 com Vida** fazendo a leitura da Resolução. O conselheiro Augusto Capelletti registra  
333 que não foi publicada a resolução da Bipartite porque há necessidade da decisão do CES/RS sobre a  
334 aprovação da Fração Sazonal para o verão; o conselheiro pede para incluir um artigo após o artigo 2º,  
335 sendo este o artigo 3º e os demais seguem em seqüência. O artigo terá a seguinte redação: “a definição  
336 dos municípios e os respectivos valores, bem como o incentivo de ações especiais em vigilância e saúde  
337 serão pactuados na CIB”, o conselheiro pergunta se o CES/RS delega à CIB fazer essa pactuação, ficando  
338 tudo legalizado. O conselheiro Luiz Bolzan pede que o conselheiro Augusto Capelletti justifique o porque  
339 da proposta de incluir um artigo. O conselheiro Augusto Capelletti justifica dizendo que o CES/ não  
340 precisa trazer à tona a discussão da definição de valores para cada município, podendo assim delegar para

341 a Bipartite fazer a pactuação. O conselheiro Flávio Lewgoy pergunta, que não é só em praia de mar ou de  
342 água doce que as pessoas vão aumentar a população de um determinado município que tenha estação de  
343 águas, mas municípios como Canela, Gramado também possuem uma demanda e as pessoas que vão para  
344 lá precisam do SUS também. O conselheiro Augusto Capelletti responde que o repasse e auxílio aos  
345 municípios que possuem um aumento de população no verão nunca teve um critério bem claro e justo  
346 para distribuição das verbas, neste ano alguns municípios que antes não tinham o auxílio passam o ter.  
347 Mas o que ocorre é que não há disponibilidade financeira para atender a todos e como já existe um  
348 histórico de um número x de municípios receberem o incentivo, porque possuem um fluxo intenso de  
349 turistas e veranistas, foi mantido este histórico e acrescentados mais alguns que possuem uma estrutura de  
350 saúde, mas existe uma limitação que é a disponibilidade financeira para isso e o outro critério é que o  
351 município monte uma estrutura de saúde, no local do veraneio, para atender os visitantes. O conselheiro  
352 Flávio Lewgoy comenta que uma pessoa não precisa ser abonada para ir as Missões, Irai ou um município  
353 que possui estrutura para descanso, o conselheiro pergunta porque só os locais onde há praia, mas se estes  
354 municípios já possuem apoio suficiente, é outra coisa. O conselheiro Augusto Capelletti responde que não  
355 tem muitas informações referentes a Canela e Gramado no verão, mas sabe que o fluxo é maior nos meses  
356 do inverno, não existe nenhum pedido da inclusão de Canela e Gramado, mas deve-se avaliar se é  
357 necessário nesses municípios este tipo de incentivos. O conselheiro Milton Francisco Kempfer acredita  
358 que a CIB tem que pactuar, mas acredita, também, que os conselheiros devem saber o que acontecerá no  
359 verão, devido a isso inclui um item dizendo “depois da CIB pactuar, quanto, quando e porque vai ser  
360 repassado” deve-se informar ao CES/RS, porque depois alguns municípios irão alegar que não receberam.  
361 O conselheiro pergunta como e quando os municípios prestaram contas à SES, porque a SES irá prestar  
362 contas ao CES/RS, referente ao 1º e 2º trimestre. O conselheiro Carlos Soares concorda com o  
363 conselheiro Milton Francisco Kempfer, mas acrescenta que a questão populacional é importante é um  
364 critério que não se pode abrir mão. Referente ao que o conselheiro Flávio Lewgoy comentou o  
365 conselheiro Carlos Soares acredita que existem municípios com um potencial turístico muito grande, por  
366 exemplo São Miguel das Missões, onde há um fluxo de pessoas o ano inteiro e que não recebem nenhum  
367 incentivo por isso, e em relação ao impacto populacional, a última estimativa publicada pelo IBGE,  
368 comparando com o censo de 1996, São Miguel das Missões aumentou quatro pessoas neste período todo e  
369 isto não serve como critério para planejamento de ações de saúde. A conselheira Arita Bergmann registra  
370 que se todos os municípios tivessem gestão plena do sistema não haveria discussões de como distribuir,  
371 como dividir esse saldo porque a origem desse recurso deve ficar clara, é da Municipalização Solidária.  
372 Devido a alguns municípios não se habilitarem em tempo hábil gerou-se um saldo, e já foi votado no  
373 CES/RS que parte deste saldo foi destinado as populações itinerantes e parte vai ser destinada para a  
374 “Operação Verão com Vida 2000”. A conselheira responde ao conselheiro Flávio Lewgoy que Canela  
375 está em gestão plena do sistema, e caso o município ache que seu teto não foi o suficiente para atender os  
376 turistas, poderá requerer uma nova programação para isso, mas Canela é parte da CIB e o município não  
377 reivindicou o recurso na reunião. O conselheiro Luiz Bolzan pede explicação ao conselheiro Augusto  
378 Capelletti referente ao artigo 2º sobre os critérios colocados no item b, que tipos de incrementos quanto à  
379 promoção de saúde e à prevenção de doenças. O conselheiro Augusto Capelletti responde que a vigilância  
380 sanitária é obrigação do município na plena da gestão básica. O conselheiro Luciano Von Saltiel informa  
381 que essa proposta já foi apresentada aos municípios do litoral norte na última reunião da CRS. O  
382 conselheiro concorda com essa proposta, mas acrescenta que, na condição de presidente da Associação  
383 dos Secretários de Saúde do Litoral Norte, não foram ouvidos no momento da confecção desta proposta, e  
384 lamenta também os cortes de verbas em diversos municípios que foram excluídos, e este valor não se  
385 refletiu em aumento substancial a municípios que realmente tem uma explosão demográfica grande,  
386 como é o caso do município de Torres. O conselheiro Carlos Duarte propõe que seja feita a votação.  
387 Realizada a votação referente à proposta “Resolução da Fração Sazonal- Verão com Vida 2000”, a  
388 mesma foi aprovada com inclusão do artigo cujo teor figura as linhas 332 e 333. Encerra-se este ponto de  
389 pauta. Os próximos pontos de pauta são **Prestação de Contas e Calendário do CES/RS para 2000**,  
390 ficarão para a próxima plenária, no dia 27 de janeiro. O conselheiro Carlos Duarte abre o ponto de pauta  
391 **Relato das Comissões**. O conselheiro Odil Gomes informa os conselheiros que farão parte do VII  
392 Encontro Estadual de Conselhos de Saúde. Representando a Saúde do Trabalhador: Marta Fert; Saúde  
393 Mental: Marilda Soares; Saúde da Mulher: Eni Baia; DST/AIDS: André Gonzales; Saúde e Meio  
394 Ambiente: Ernesto Llopart; CRS: Sérgio Valim; Fundo Municipal de Saúde: Maria Lilia Daleiro e Odil  
395 Gomes. Referente ao processo que trata da Coordenação Estadual do Leite do Programa Piá 2000, ficou  
396 definido encaminhar ofício, solicitando programa atualizado. O conselheiro informa que Maria Lilia  
397 Daleiro participou da reunião do Hospital Vila Nova no dia 12 de novembro de 1999. A conselheira  
398 Marta Fert pede informações sobre o VII Encontro Estadual de Conselhos de Saúde, pergunta como os  
399 conselheiros do CES/RS se inscreverão e também os do interior do Estado. O conselheiro Augusto

400 Capelletti traz uma proposta da SES ao CES/RS, de formar uma Comissão de Mediação nas Relações  
401 Entre Prestadores e Gestor Municipal do Município de Encruzilhada do Sul, porque há um conflito lá que  
402 necessita do encaminhamento de uma solução. Esta Comissão seria formada por segmentos do CES/RS  
403 mais a SES. A conselheira Arita Bergmann propõe que a Comissão seja composta de um representante do  
404 gestor Estadual, de um representante da ASSEDISA e da Comissão de Fiscalização do CES/RS. O  
405 conselheiro Milton Kempfer propõe que a Mesa Diretora discuta o problema e após encaminhe proposta à  
406 Plenária do CES/RS. O conselheiro Carlos Duarte registra que todas as propostas serão redigidas e  
407 encaminhadas à Mesa Diretora na reunião de terça-feira. O conselheiro Carlos Duarte encerra a plenária  
408 às 17:45, da qual eu, Daniela Busolli de Queiroz, lavrei a presente ata, que após leitura e aprovação será  
409 devidamente assinada pela Mesa Diretora

410 . Porto Alegre, 09 de dezembro de 1999.

411

412 **Adalgiza Balsemão Araujo**  
413 Presidente do CES/RS

**Alcindo Ferla**  
Vice Presidente do CES/RS

414

415

416 **Jairo Francisco Tessari**  
417 Coordenador

**Carlos Alberto Duarte**  
Coordenador

418

419 **Flavio Lewgoy**  
420 Coordenador

**Eliana Aguiar de Carvalho**  
Coordenador

421