



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2009 – 2011

Coordenação

Assessoria Técnica e de Planejamento - ASSTEPLAN

É permitida a reprodução parcial desta publicação desde que citada a fonte.

Esta publicação apresenta o Plano Estadual de Saúde 2009-2011 do Rio Grande do Sul.

Este material foi desenvolvido considerando a política do Sistema de Planejamento do SUS – PLANEJASUS e consiste num instrumento de gestão para orientação e desenvolvimento das políticas de saúde no estado.

Instrumento elaborado pelo Grupo de Trabalho estabelecido na Portaria 67/2009 de 21 de Janeiro de 2009, publicada no D.O.E. em 23 de Janeiro de 2009, página 17.

Assessoria Técnica e de Planejamento - ASSTEPLAN

Av. Borges de Medeiros, 1501 - 6º Andar, Ala Sul

CEP 90.110-150

Fone: (51) 3288 5818 / 3288 5819

Fax: (51) 3288 7923

Porto Alegre - Rio Grande do Sul

e-mail: assteplan@saude.rs.gov.br

Página na Internet: <http://www.saude.rs.gov.br/>

TIRAGEM: **XXXX** Exemplares

RESOLUÇÃO CES/RS Nº 13/2009

O Plenário do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS), no uso das suas competências regimentais e das atribuições conferidas pelas Leis Federais nº 8080/90 e 8142/90 e pela Lei Estadual nº 10.097/94

Considerando o respeito as discussões realizadas no Conselho Estadual de Saúde como legítima instância de Controle Social no Estado do Rio Grande do Sul;

Considerando a necessidade da existência de um Plano Estadual de Saúde-PES no Rio Grande do Sul;

Considerando dinamicidade que se insere na implementação de um instrumento de tamanha complexidade e, o compromisso de que o mesmo seja analisado e atualizado;

Considerando que as Ações e Serviços Públicos de Saúde, previstas no Plano Estadual de Saúde-PES contemplam apenas os recursos públicos destinados pelo Governo do Estado no Orgão - 20 - Saúde;

Considerando que o Plenário do CES-RS se posiciona contrário ao capítulo de Financiamento do referido Plano Estadual de Saúde-PES, já que o mesmo defende contrariamente ao princípio da Universalidade do Sistema Único de Saúde-SUS, previsto na lei nº 8080/90 e desconsidera o caráter deliberativo do Conselho Nacional de Saúde - CNS, no que tange a Resolução nº 322/03 e a Lei nº 8142/90;

Considerando principalmente a necessidade de readequação das prioridades e metas em relação a Atenção Básica e Média Complexidade;

Considerando a auto-aplicabilidade da Emenda Constitucional nº29 disciplinadas pela lei 8080/90, Portaria 2047/02 do Ministério da Saúde-MS e Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde - CNS

Considerando que o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, através da Secretaria Estadual de Saúde- SES/RS, se compromete a atender as alterações deliberadas pelo Conselho Estadual de Saúde -CES/RS, no que se refere ao Plano Estadual de Saúde-PES-2009/2011, no prazo de 3 meses;

RESOLVE:

Art. 1º- Aprovar o Plano Estadual de Saúde -PES -2009/2011 nos seus aspectos técnicos e **REPROVAR** o mesmo, no que se refere a seus aspectos de financiamento, que está em desacordo com Emenda Constitucional nº 29, disciplinadas pela lei8080/90, Portarias 2047/02/MS e Resolução 322/03/CNS.

Porto Alegre, 13 de janeiro de 2010.

CARLOS ALBERTO EBELING DUARTE
Presidente do CES/RS

Aprovada na Reunião Plenária Ordinária do dia 10 de dezembro de 2009.

SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO	23
II – CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	27
1 INDICADORES SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS	27
2. INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE	39
2.1 <i>Mortalidade Geral e Mortalidade Infantil</i>	39
2.2 <i>Doenças e Agravos Não-Transmissíveis</i>	49
2.3 <i>Doenças Transmissíveis Agudas</i>	64
2.4 <i>Doenças Transmissíveis Crônicas</i>	97
III – ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE	102
1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	102
1.1 <i>Vigilância em Saúde</i>	102
1.2 <i>Atenção Básica</i>	119
1.3 <i>Assistência Ambulatorial</i>	138
1.4 <i>Assistência Ambulatorial Especializada</i>	140
1.5 <i>Assistência Hospitalar</i>	141
1.6 <i>Assistência de Urgência e Emergência</i>	150
1.7 <i>Doação de Órgãos e Transplantes</i>	152
2. POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE SAÚDE	155
2.1 <i>Saúde da Criança</i>	155
2.2 <i>Saúde do Adolescente e do Jovem</i>	162
2.3 <i>Saúde da Mulher</i>	165
2.4 <i>Saúde do Homem</i>	168
2.5 <i>Saúde do Idoso</i>	170
2.6 <i>Saúde da População Negra</i>	175
2.7 <i>Saúde Indígena</i>	182
2.8 <i>Saúde Prisional</i>	193
3 POLÍTICAS TRANSVERSAIS E ESTRATÉGICAS	199
3.1 <i>Política de Humanização</i>	199
3.2 <i>Política de Prevenção da Violência</i>	200
3.3 <i>Política de Saúde Mental</i>	208
3.4 <i>Política de Prevenção e Controle do HIV/AIDS</i>	214
3.5 <i>Política de Saúde Bucal</i>	223
3.6 <i>Política de Alimentação e Nutrição</i>	233
3.7 <i>Política Estadual de Sangue</i>	236
3.8 <i>Política de Assistência Farmacêutica</i>	238
3.9 <i>Política de Saúde nas Fronteiras</i>	245
IV GESTÃO DO SUS	253
1 PLANEJAMENTO	253
2 FINANCIAMENTO	262
3 INVESTIMENTOS EM SAÚDE	274
4 DESCENTRALIZAÇÃO / REGIONALIZAÇÃO	283
5 REGULAÇÃO ESTADUAL DO SUS	297
6 SAÚDE SUPLEMENTAR NO RIO GRANDE DO SUL	308
7 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS	315
8 INSTÂNCIAS DE PACTUAÇÃO, DELIBERAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO SUS	318
8.1 <i>Comissão Intergestora Bipartite – CIB</i>	318
8.2 <i>Conselho Estadual de Saúde – CES</i>	319
9 AUDITORIA ESTADUAL	322
10 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE	325
11 INFRAESTRUTURA	329
12 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	333

13 PESQUISA EM SAÚDE	338
14 INFORMAÇÃO EM SAÚDE	343
V OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS.....	348
1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	349
1.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	349
1.2 POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA.....	355
1.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	356
1.4 ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	357
1.5 POLÍTICA ESTADUAL DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTES.....	359
1.6 AÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: SERVIÇOS PRÓPRIOS.....	360
2 POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE SAÚDE	364
2.1 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA.....	364
2.2 PROMOÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA - PIM.....	365
2.3 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM	367
2.4 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DA MULHER.....	371
2.5 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DO HOMEM.....	375
2.6 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DO IDOSO.....	377
2.7 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.....	380
2.8 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE INDÍGENA.....	385
2.9 POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE PRISIONAL.....	390
3 POLÍTICAS TRANSVERSAIS E ESTRATÉGICAS	391
3.1 POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO.....	391
3.2 POLÍTICA ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.....	392
3.3 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL	394
3.4 POLÍTICA ESTADUAL PARA DST/AIDS.....	395
3.5 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL.....	398
3.6 POLÍTICA ESTADUAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.....	399
3.7 POLÍTICA ESTADUAL DO SANGUE.....	400
3.8 POLÍTICA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA.....	401
3.9 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE NAS FRONTEIRAS.....	404
4 POLÍTICAS E/OU PROPOSTAS RELACIONADAS À GESTÃO DO SUS.....	405
4.1 PLANEJAMENTO	405
4.2 FINANCIAMENTO.....	407
4.3 INVESTIMENTOS EM SAÚDE.....	408
4.4 REDES DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA.....	409
4.5 REGULAÇÃO EM SAÚDE.....	410
4.6 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS.....	413
4.7 AUDITORIA DO SUS.....	415
4.8 OUVIDORIA DO SUS.....	416
4.9 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	417
4.10 INFRA-ESTRUTURA SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL.....	418
4.11 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	421
4.12 PESQUISA EM SAÚDE.....	422
4.13 INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	423
VI ANÁLISE DO IPSAÚDE REALIZADA PELAS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE.....	425
VII GUIA PARA ORIENTAR GESTORES E TRABALHADORES DO SUS QUANTO À SITUAÇÃO DE SAÚDE EM NÍVEL REGIONAL NO RIO GRANDE DO SUL	435
1 GEOPROCESSAMENTO DOS INDICADORES DE SAÚDE, DE ACORDO COM O ÍNDICE DE PRIORIZAÇÃO EM SAÚDE (IPSAÚDE)	437

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, RS, 2005.....	28
FIGURA 2 – MACRORREGIÕES E COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE, SES, RS, 2009.	31
FIGURA 3 – MUNICÍPIOS COM MAIS DE 100.000 HABITANTES, RS, 2008.....	32
FIGURA 4 – DENSIDADE DEMOGRÁFICA POR COREDE, RS, 2007.	33
FIGURA 5 - DIFERENÇA, EM PONTOS PERCENTUAIS, DO GRAU DE URBANIZAÇÃO NAS CRS ENTRE 2003/2006.	34
FIGURA 6 - GRAU DE URBANIZAÇÃO NAS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE, RS, 2006.....	35
FIGURA 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVÍRUS, RS, 1998 – 2007.	85
FIGURA 8 - MAPA DAS ÁREAS AFETADAS E AMPLIADAS DE FEBRE AMARELA SILVESTRE. RIO GRANDE DO SUL, NOVEMBRO DE 2008 A 15 DE JULHO DE 2009.....	87
FIGURA 9 - MUNICÍPIOS INCLUÍDOS NA ÁREA DE VACINAÇÃO CONTRA FEBRE AMARELA, RS, ATÉ JULHO DE 2009.....	88
FIGURA 10 - MUNICÍPIOS ATENDIDOS PELO PROGRAMA DE CONTROLE DE SIMULÍDEOS, RS, 2008.....	95
FIGURA 11 - TAXA DE DETECÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE, POR MUNICÍPIO, RS, 2007.	100
FIGURA 12 - COBERTURA POPULACIONAL DA ESF NO RS POR COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE, DEZEMBRO/2008.	131
FIGURA 13 - MAPA DA COBERTURA TERRITORIAL DA ESF NO RS POR COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE	132
FIGURA 14 – MUNICÍPIOS HABILITADOS E NÃO HABILITADOS À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, RS, 2008.	135
FIGURA 15 – DISTRIBUIÇÃO DA REDE DE HOSPITAIS COM LEITOS DE UTI, RS, 2008.	145
FIGURA 16 – DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DAS BASES DO SAMU/SALVAR, RS, 2009.....	151
FIGURA 18 – ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS NO RIO GRANDE DO SUL, 2008.....	193
FIGURA 19 – COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE COM AUMENTO NO COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS, RS, 2007 EM RELAÇÃO A 2005.	205
FIGURA 20 – MUNICÍPIOS COM MAIOR NÚMERO TOTAL DE MORTES E COM O MAIS ALTO COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS, RS, 2001-2005.	206
FIGURA 21 – MUNICÍPIOS COM PPV IMPLANTADO, RS, 2008.	208
FIGURA 22 – LOCALIZAÇÃO DOS CAPS NAS CRS, RS, 2007.....	210
FIGURA 23 - COEFICIENTE DE PREVALÊNCIA POR 10.000 HABITANTES, RS, 2008.....	217
FIGURA 24 – LOCALIZAÇÃO DOS CTA E SAE, RS, 2008.	221
FIGURA 25 – LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM HIV/AIDS, RS, 2008.....	221
FIGURA 26 – DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ESF POR CRS, RS, 2008.	232
FIGURA 27 – CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, RS, 2008.....	232
FIGURA 28 - LABORATÓRIOS DE PRÓTESE DENTÁRIA, RS, 2009.	233
FIGURA 29 – LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DOS SERVIÇOS HEMOTERÁPICOS, RS, 2008.....	238
FIGURA 30 – MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA COM OUTROS PAÍSES, RS, 2009.	246
FIGURA 31 - ANÁLISE DO DESEMPENHO DOS INDICADORES PACTUADOS NO RS, 2008*.	257

FIGURA 32 – INVESTIMENTOS FINANCEIROS DA CONSULTA POPULAR, RS, 2007.....	281
FIGURA 33 – INVESTIMENTOS FINANCEIROS DA CONSULTA POPULAR, RS, 2008.....	282
FIGURA 34 – INVESTIMENTOS FINANCEIROS DA CONSULTA POPULAR, RS, NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2009.	282
FIGURA 35 – DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS E UNIDADES DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA, RS, 2008.....	287
FIGURA 36 – DISTRIBUIÇÃO DE CENTROS E UNIDADES CARDIOVASCULARES, RS, 2009.	287
FIGURA 37 – DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE TRAUMATO-ORTOPEDIA DE ALTA COMPLEXIDADE, RS, 2008.	288
FIGURA 38 – DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE OFTALMOLOGIA DE ALTA COMPLEXIDADE, RS, 2008.....	288
FIGURA 39 – DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE NEFROLOGIA, RS, 2008.....	289
FIGURA 40 – DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE ONCOLOGIA DE ALTA COMPLEXIDADE, RS, 2008.	289
FIGURA 41 – DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE TERAPIA NUTRICIONAL DE ALTA COMPLEXIDADE, 2008.	290
FIGURA 42 – DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE GESTANTES DE ALTO RISCO, RS, 2008.	290
FIGURA 43 - REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA, RS, 2008.....	293
FIGURA 44 - REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA, RS, 2008.....	294
FIGURA 45 - REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL E AUTISMO, RS, 2008.	296
FIGURA 46 – TAXA DE COBERTURA DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POR UF, BR, SETEMBRO/2008....	310
FIGURA 47 – VALOR TOTAL DE AIH PARTILHADO POR UF, BR, 2000-2008.....	313
FIGURA 48 - COEFICIENTE GERAL DE MORTALIDADE, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 1.000 HABITANTES).	437
FIGURA 49 - EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER, AMBOS OS SEXOS, RS, 2005/2007 (EM ANOS).	437
FIGURA 50 - EXPECTATIVA DE VIDA AOS 60 ANOS, AMBOS OS SEXOS, RS, 2005/2007 (EM ANOS).	438
FIGURA 51 - TAXA DE ANALFABETISMO, RS, 2000 (% NA POPULAÇÃO DE 15 E MAIS ANOS DE IDADE).....	438
FIGURA 52 - ESCOLARIDADE INFERIOR A 4 ANOS DE ESTUDO, RS, 2000 (% NA POPULAÇÃO DE 10 E MAIS ANOS DE IDADE).....	439
FIGURA 53 - RAZÃO ENTRE A RENDA MÉDIA DOS 20% MAIS RICOS E A DOS 40% MAIS POBRES, POR MUNICÍPIO-SEDE DA REGIONAL DE SAÚDE, RS, 2000.....	439
FIGURA 54 - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL (IDHM) POR MUNICÍPIO-SEDE DA REGIONAL DE SAÚDE, RS, 2000.	440
FIGURA 55 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS COM MENOS DE 1 ANO DE IDADE, POR 1.000 NASCIDOS VIVOS).	440
FIGURA 56 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, NA IDADE DE 0 A 27 DIAS, POR 1.000 NASCIDOS VIVOS).	441
FIGURA 57 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL PÓS-NEONATAL, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, NA IDADE DE 28 DIAS A MENOR DE 1 ANO, POR 1.000 NASCIDOS VIVOS).....	441
FIGURA 58 - COEFICIENTE MÉDIO DE MORTALIDADE MATERNA, RS, 2003-2007 (Nº DE ÓBITOS, POR CAUSAS E CONDIÇÕES MATERNAS, POR 100.000 NASCIDOS VIVOS).....	442
FIGURA 59 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPOS DE CAUSAS MAL DEFINIDAS, 2007 (% DO TOTAL DE ÓBITOS).	442
FIGURA 60 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR DOENÇAS INFECCIOSAS E INTESTINAIS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE, RS, 2007.....	443
FIGURA 61 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE, RS, 2007.....	443

FIGURA 62 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO, ENTRE 30 E 59 ANOS DE IDADE, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 HABITANTES).....	444
FIGURA 63 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CEREBROVASCULARES, ENTRE 30 E 59 ANOS DE IDADE, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 HABITANTES).....	444
FIGURA 64 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 HABITANTES).....	445
FIGURA 65 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS: ACIDENTES DE TRANSPORTE, RS-2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 HABITANTES).....	445
FIGURA 66 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS: HOMICÍDIOS POR OCORRÊNCIA (SEXO MASCULINO), RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 HABITANTES).....	446
FIGURA 67 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS: HOMICÍDIOS POR OCORRÊNCIA (SEXO FEMININO), RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 HABITANTES).....	446
FIGURA 68 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS: SUICÍDIOS, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 HABITANTES).....	447
FIGURA 69 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS: AFOGAMENTO, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 HABITANTES).....	447
FIGURA 70 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR NEOPLASIAS MALIGNAS, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 HABITANTES).....	448
FIGURA 71 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR NEOPLASIAS MALIGNAS, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 HABITANTES): PULMÃO, TRAQUEIA E BRÔNQUIOS.....	448
FIGURA 72 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR NEOPLASIAS MALIGNAS, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 HABITANTES MULHERES): COLO DO ÚTERO.....	449
FIGURA 73 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR NEOPLASIAS MALIGNAS, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 HABITANTES MULHERES): MAMA FEMININA.....	449
FIGURA 74 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR NEOPLASIAS MALIGNAS, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 HABITANTES): ESTÔMAGO.....	450
FIGURA 75 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR NEOPLASIAS MALIGNAS, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 HABITANTES): CÓLON/RETO.....	450
FIGURA 76 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR NEOPLASIAS MALIGNAS, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 HABITANTES): ESÔFAGO.....	451
FIGURA 77 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR AIDS MASCULINO, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 HOMENS).....	451
FIGURA 78 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR AIDS FEMININO, RS, 2007 (Nº DE ÓBITOS, POR 100.000 MULHERES).....	452
FIGURA 79 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, RS, 2006 (Nº DE CASOS NOVOS CONFIRMADOS POR 100.000 HABITANTES): DOENÇA MENINGOCÓCICA.....	452
FIGURA 80 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, RS, 2006 (Nº DE CASOS NOVOS CONFIRMADOS POR 100.000 HABITANTES): HEPATITE A.....	453
FIGURA 81 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, RS, 2006 (Nº DE CASOS NOVOS CONFIRMADOS POR 100.000 HABITANTES): HEPATITE B.....	453
FIGURA 82 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, RS, 2006 (Nº DE CASOS NOVOS CONFIRMADOS POR 100.000 HABITANTES): HEPATITE C.....	454
FIGURA 83 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, RS, 2006 (Nº DE CASOS NOVOS CONFIRMADOS POR 100.000 HABITANTES): COQUELUCHE.....	454
FIGURA 84 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, RS, 2006 (Nº DE CASOS NOVOS CONFIRMADOS POR 100.000 HABITANTES): SÍFILIS CONGÊNITA.....	455

FIGURA 85 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, RS, 2006 (Nº DE CASOS NOVOS CONFIRMADOS POR 100.000 HABITANTES): LEPTOSPIROSE.....	455
FIGURA 86 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, RS, 2006 (Nº DE CASOS NOVOS CONFIRMADOS POR 100.000 HABITANTES): TUBERCULOSE.....	456
FIGURA 87 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, RS, 2006 (Nº DE CASOS NOVOS CONFIRMADOS POR 10.000 HABITANTES): HANSENÍASE.....	456
FIGURA 88 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, RS, 2006 (Nº DE CASOS NOVOS CONFIRMADOS POR 100.000 HABITANTES): AIDS.....	457
FIGURA 89 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, RS, 2006 (Nº DE CASOS NOVOS CONFIRMADOS POR 100.000 HABITANTES): DENGUE.....	457
FIGURA 90 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, RS, 2006 (Nº DE CASOS NOVOS CONFIRMADOS POR 100.000 HABITANTES): RUBÉOLA.....	458
FIGURA 91 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO, RS, 2006 (Nº DE ACIDENTES TÍPICOS E DE TRAJETO, POR 1.000 TRABALHADORES SEGURADOS DO INSS).....	458
FIGURA 92 - COEFICIENTE DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES, POR LOCAL DE INTERNAÇÃO, NO SUS, POR DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO, ENTRE 30 E 59 ANOS DE IDADE, RS, 2007 (POR 10.000 HABITANTES ENTRE 30 E 59 ANOS).....	459
FIGURA 93 - COEFICIENTE DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES, POR LOCAL DE INTERNAÇÃO, NO SUS, POR DOENÇAS CEREBROVASCULARES, ENTRE 30 E 59 ANOS DE IDADE, RS, 2007 (POR 10.000 HABITANTES ENTRE 30 E 59 ANOS).....	459
FIGURA 94 - COEFICIENTE DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES, POR LOCAL DE INTERNAÇÃO, NO SUS, POR DIABETES MELLITUS, DE 30 ANOS E MAIS DE IDADE, RS, 2007 (POR 10.000 HABITANTES).....	460
FIGURA 95 - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS, POR IDADE MATERNA, RS, 2007 (% DO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS): DE 10 A 14 ANOS.....	460
FIGURA 96 - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS, POR IDADE MATERNA, RS, 2007 (% DO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS): DE 15 A 19 ANOS.....	461
FIGURA 97 - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM MUITO BAIXO PESO AO NASCER (<1.500G), RS, 2007 (% DO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS).....	461
FIGURA 98 - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO AO NASCER (<2.500G), RS, 2007 (% DO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS).....	462
FIGURA 99 - PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO, SEGUNDO OS MUNICÍPIOS COM PSF, RS, 2007 (% DE CRIANÇAS COM ATÉ 120 DIAS DE IDADE).....	462
FIGURA 100 - NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, RS, 2007 (POR 1.000 HABITANTES): MÉDICOS.....	463
FIGURA 101 - NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, RS, 2007 (POR 1.000 HABITANTES): CIRURGIÕES DENTISTAS.....	463
FIGURA 102 - NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, RS, 2007 (POR 1.000 HABITANTES): ENFERMEIROS.....	464
FIGURA 103 - NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, RS, 2007 (POR 1.000 HABITANTES): TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM.....	464
FIGURA 104 - NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES, NO SUS, RS, NOVEMBRO/2007 (POR 1.000 HABITANTES).....	465
FIGURA 105 - DESPESA TOTAL COM SAÚDE POR HABITANTE (EM R\$), RS, 2007.....	465
FIGURA 106 - DESPESA DE AIH POR HABITANTE, RS, 2007 (EM R\$).....	466
FIGURA 107 - VALOR MÉDIO PAGO POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR, NO SUS, RS, 2007 (EM R\$).....	466
FIGURA 108 - NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS APRESENTADAS, SUS, RS, 2007 (POR HAB.).....	467
FIGURA 109 - NÚMERO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES SUS, RS, 2007 (POR 100 HABITANTES).....	467

FIGURA 110 - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM SETE OU MAIS CONSULTAS PRÉ-NATAL, RS, 2007.....	468
FIGURA 111 - PROPORÇÃO DE PARTOS HOSPITALARES DE NASCIDOS VIVOS, POR RESIDÊNCIA, RS, 2007.....	468
FIGURA 112 - PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS DE NASCIDOS VIVOS, RS, 2007.	469
FIGURA 113 - PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS DO SUS, POR RESIDÊNCIA, RS, 2007.....	469
FIGURA 114 - COBERTURA DE REDES DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA, RS, 2000 (% DA POPULAÇÃO URBANA).	470
FIGURA 115 - COBERTURA DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO, RS, 2000 (% DA POPULAÇÃO URBANA).....	470
FIGURA 116 - COBERTURA DE COLETA DE LIXO, RS, 2000 (% DA POPULAÇÃO URBANA).....	471
FIGURA 117 - COBERTURA VACINAL DA TRÍPLICE VIRAL EM CRIANÇAS DE 12 A 23 MESES, RS, 2007.	471
FIGURA 118 - COBERTURA VACINAL DA PÓLIO ORAL EM MENORES DE 1 ANO, RS, 2007.....	472
FIGURA 119 - COBERTURA VACINAL DA BCG EM MENORES DE 1 ANO, RS, 2007.	472
FIGURA 120 - COBERTURA VACINAL TETRAVALENTE EM MENORES DE 1 ANO, RS, 2007.	473
FIGURA 121 - COBERTURA VACINAL DA HEPATITE B, RS, 2007.....	473
FIGURA 122 - COBERTURA POPULACIONAL DO PSF, RS, 2007 (PERCENTUAL DE COBERTURA CONSIDERANDO QUE CADA EQUIPE ATENDE, EM MÉDIA, 3.450 PESSOAS).	474

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - POPULAÇÃO TOTAL ESTIMADA PARA O RIO GRANDE DO SUL E CRS, 2005/2007.	31
GRÁFICO 2 – COEFICIENTE GERAL DE FECUNDIDADE NO RS E CRS, 2005/2007.....	35
GRÁFICO 3 – COEFICIENTE GERAL DE NATALIDADE NO RIO GRANDE DO SUL E CRS, 2005/2007.....	36
GRÁFICO 4 – PIRÂMIDE POPULACIONAL DO RS, 2007	37
GRÁFICO 5 - EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER, AMBOS OS SEXOS, NO RS E NAS CRS, 2003/2005 E 2004/2006.	38
GRÁFICO 6 - SÉRIE HISTÓRICA DO COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL, RS, 1997-2007.....	46
GRÁFICO 7 - COMPARAÇÃO ENTRE O COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL, POR CRS, RS, 2005/2007....	46
GRÁFICO 8 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL E PESO AO NASCER, RS, 2006.	47
GRÁFICO 9 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL POR GRUPOS DE PESO AO NASCER, RS, 2006.	47
GRÁFICO 10 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL, RS, 1997-2007.	48
GRÁFICO 11 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL TARDIA, RS, 1997-2007.	48
GRÁFICO 12 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR NEOPLASIAS, SEXO MASCULINO, RS, 2006.....	54
GRÁFICO 13 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR NEOPLASIAS, SEXO FEMININO, RS, 2006.....	54
GRÁFICO 14 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR NEOPLASIA DE COLO DE ÚTERO, TOTAL E POR FAIXA ETÁRIA, RS, 1998-2007.....	56
GRÁFICO 15 – TOTAL DE SOLICITAÇÕES TOXICOLÓGICAS ATENDIDAS PELO CIT, RS, 1980-2007.....	59
GRÁFICO 16 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DA COQUELUCHE POR 100.000 HAB. E COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 1 ANO, RS, 1973-2007.	65
GRÁFICO 17 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DA DIFTERIA POR 100.000 HAB. E COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 1 ANO, RS, 1973-2007.	66
GRÁFICO 18 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DO TÉTANO POR 100.000 HAB. E COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 1 ANO, RS, 1973-2007.	66
GRÁFICO 19 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA/100.000 HAB. DE SARAMPO E COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS DE UM ANO, RS, 1973-2007.	67
GRÁFICO 20 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA/100.000 HAB. DA RUBÉOLA E COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS DE UM ANO, RS, 1978-2007.	67
GRÁFICO 21 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA POR 100.000 HAB. E TAXA DE LETALIDADE DA DOENÇA MENINGOCÓCICA, RS, 2000-2007.	69
GRÁFICO 22 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA/100.000 HAB. DE MENINGITES BACTERIANAS. RS, 1990-2007.	70
GRÁFICO 23 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA/100.000 HAB. DA MENINGITE POR HAEMOPHYLUS INFLUENZAE B E COBERTURA VACINAL EM MENORES DE UM ANO. RS, 1995-2007.	70
GRÁFICO 24 – COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA POR 100.000 HAB. DE HEPATITES A, B E C POR FAIXA ETÁRIA, RS, 2007.....	72
GRÁFICO 25 – CASOS, COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA/100.000 HAB. E TAXA DE LETALIDADE DA LEPTOSPIROSE, RS, 2003-2007.....	77
GRÁFICO 26 - NÚMERO DE MUNICÍPIOS INFESTADOS POR A. AEGYPTI E TRABALHADOS, RS, 1995-2009.	78
GRÁFICO 27 - SÉRIE HISTÓRICA DOS CASOS NOTIFICADOS E CONFIRMADOS DE DENGUE, RS, 1995 A 2009*..	79
GRÁFICO 28 – PORCENTAGEM DE TRATAMENTOS EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE PESSOAS ATENDIDAS NO RS 2000-2007.....	83

GRÁFICO 29 – PORCENTAGEM DE PESSOAS VACINADAS EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE PESSOAS QUE RECEBERAM SORO E VACINA, RS, 2000-2007.....	83
GRÁFICO 30 – NÚMERO DE PESSOAS TRATADAS E DE ABANDONOS DE TRATAMENTO, RS, 2000-2007.....	84
GRÁFICO 31 – TOTAL DE CASOS AUTÓCTONES DE LTA POR ANO NO RIO GRANDE DO SUL, 2001-2007.	91
GRÁFICO 32 - NÚMERO DE MUNICÍPIOS, NÚMERO DE LOCALIDADES E UNIDADES DOMICILIARES POSITIVAS PARA T. INFESTANS NOS ÚLTIMOS ANOS, RS, 2005-2008.	93
GRÁFICO 33 – COM MORBIDADES ASSOCIADAS À TUBERCULOSE EM ADULTOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE TISIOLOGIA E INTERNADOS NO HSP/SES-RS, 2003-2006.	98
GRÁFICO 34 – PERCENTUAL DE CASOS DE HIV, HCV, ALCOOLISMO E DROGADIÇÃO NO AMBULATÓRIO DE TISIOLOGIA (AT) E NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO (UI) DO HSP/SES, RS, 2003-2006.	98
GRÁFICO 35 – EVOLUÇÃO DA COBERTURA POPULACIONAL DA ESF NO RS, CONSIDERANDO AS EQUIPES HABILITADAS PELO MS, 1998-2008.	128
GRÁFICO 36 – EVOLUÇÃO DA COBERTURA POPULACIONAL DA ESF NO RS, CONSIDERANDO AS EQUIPES EM REAL ATIVIDADE, SEGUNDO DADOS DO SIAB, 1998-2008.....	129
GRÁFICO 37 – NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS* POR HABITANTE, RS, 2000-2007.	139
GRÁFICO 38 – NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES SUS POR 1.000 HABITANTES, POR CRS EM ORDEM DECRESCENTE, RS, 2007.	144
GRÁFICO 39 - NÚMERO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO SUS POR 100 HABITANTES, POR LOCAL DE RESIDÊNCIA, RS, 2000-2007.	148
GRÁFICO 40 – INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO SUS POR 100 HAB., POR LOCAL DE RESIDÊNCIA, POR CRS EM ORDEM DECRESCENTE, RS, 2007.....	149
GRÁFICO 41 - SÉRIE HISTÓRICA DO PERCENTUAL DE ÓBITOS INFANTIS INVESTIGADOS, RS, 2001-2007.....	158
GRÁFICO 42 – NÚMERO DE CASOS DE AIDS NOTIFICADOS À SES-RS, 1998-2007.....	214
GRÁFICO 43 – NÚMERO DE ÓBITOS POR AIDS NOTIFICADOS À SES, RS, 1998-2007.	215
GRÁFICO 44 – CASOS DE AIDS NOTIFICADOS À SES, DISTRIBUIÇÃO POR SEXO, RS, 1998-2007.....	215
GRÁFICO 45 - NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE AIDS POR FAIXA ETÁRIA NO SEXO MASCULINO, RS, 1998-2007.	216
GRÁFICO 46 - NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE AIDS POR FAIXA ETÁRIA NO SEXO FEMININO, RS, 1998-2007.	216
GRÁFICO 47 – CEOD MÉDIO E CPOD POR IDADE, RS, 2003.	224
GRÁFICO 48 - PORCENTAGEM DE PESSOAS EXAMINADAS, SEGUNDO O MAIOR GRAU DE CONDIÇÃO PERIODONTAL OBSERVADO NO INDIVÍDUO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, RS, 2003.....	226
GRÁFICO 49 - PORCENTAGEM DE INDIVÍDUOS SEGUNDO USO DE PRÓTESE SUPERIOR E IDADE, RS, 2003.	227
GRÁFICO 50 - PORCENTAGEM DE INDIVÍDUOS SEGUNDO NECESSIDADE DE PRÓTESE SUPERIOR E IDADE, RS, 2003.....	228
GRÁFICO 51 - HISTÓRICO DO PAGAMENTO DA DÍVIDA COM FORNECEDORES DE MEDICAMENTOS (R\$ MILHÕES), RS, 2007-2008.	240
GRÁFICO 52 - PRODUÇÃO MENSAL DE APAC MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS (EM R\$ MILHÕES), RS, 2006-2009.....	242
GRÁFICO 53 - DISTRIBUIÇÃO DO PERCENTUAL DA DEMANDA JUDICIAL DEFERIDA DE MEDICAMENTOS, RS, MARÇO DE 2009.	243
GRÁFICO 54 – DISTRIBUIÇÃO DO PERCENTUAL DA DEMANDA ADMINISTRATIVA DEFERIDA DE MEDICAMENTOS, RS, MARÇO 2009.	244
GRÁFICO 55 – DIAGNÓSTICOS LOCAIS ENVIADOS AO SIS-FRONTEIRA, UNIDADES DA FEDERAÇÃO, BRASIL, 2009.....	247

GRÁFICO 56 – PLANOS OPERACIONAIS ENVIADOS AO SIS-FRONTEIRA, POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO, BRASIL, 2009.....	247
GRÁFICO 57 – DEMANDAS DA CONSULTA POPULAR, RS, 2006-2007.	280
GRÁFICO 58 – APLICAÇÃO DOS RECURSOS DA CONSULTA POPULAR, RS, 2007-2008.	280
GRÁFICO 59 - SOLICITAÇÕES DE TRANSFERÊNCIAS À CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR, RS, JUNHO/2008-ABRIL/2009.	301
GRÁFICO 60 - PERCENTUAL DO DESTINO DAS TRANSFERÊNCIAS REALIZADAS PELA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ACORDO COM A CRS DE ORIGEM E DESTINO, RS, JANEIRO-MAIO/2009.....	303
GRÁFICO 61 - RECEBIMENTO DAS TRANSFERÊNCIAS POR CRS (EM PERCENTAGEM), RS, JANEIRO-MAIO/2009.	303
GRÁFICO 62 - NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR 1.000 HABITANTES, POR CRS, RS, 2007.	326
GRÁFICO 63 – NÚMERO DE PROJETOS DE PESQUISA POR ÁREA, FEPPS/SES-RS, 2009.	339

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – DESEMPENHO NO IDESE, RS, 2001-2005.....	28
TABELA 2 - PRODUTO INTERNO BRUTO, TOTAL E PER CAPITA, E SUAS TAXAS DE CRESCIMENTO NO RIO GRANDE DO SUL E NO BRASIL, 2002-2008.	29
TABELA 3 - MACRORREGIÕES DE SAÚDE, SEGUNDO NÚMERO DE MUNICÍPIOS, POPULAÇÃO E MUNICÍPIO POLO, RS, 2008.	30
TABELA 4 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE POR COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE, RS, 2007.....	40
TABELA 5 – EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE PROPORCIONAL, PRINCIPAIS CAPÍTULOS DA CID-10, RS, 2000-2007.....	41
TABELA 6 – MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPO ETÁRIO, RS, 1970, 1980, 1990, 2000 E 2007.	41
TABELA 7 - MORTALIDADE PROPORCIONAL, PRINCIPAIS CAPÍTULOS DO CID-10, POR FAIXA ETÁRIA, RS, 2007.	43
TABELA 8 - COMPARAÇÃO DO COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL, POR CRS, 2005/2007 E COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL E INFANTIL TARDIA, RS, 2007.....	45
TABELA 9 – PERCENTUAL DOS COMPONENTES DE MORTALIDADE INFANTIL, RS, 1970, 1980, 1990 E 2007....	49
TABELA 10 - COMPARAÇÃO DO COEFICIENTE ESPECÍFICO DE MORTALIDADE POR NEOPLASIAS POR CRS, RS, 2005, 2006 E 2007.....	53
TABELA 11 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR ALGUMAS NEOPLASIAS, SEGUNDO TIPO, GRUPO ETÁRIO E SEXO, RS, 2007.....	56
TABELA 12 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE PELOS PRINCIPAIS TIPOS DE CÂNCER DO SEXO FEMININO, RS, 2005-2007.....	57
TABELA 13 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE PELOS PRINCIPAIS TIPOS DE CÂNCER DO SEXO MASCULINO, RS, 2005-2007.....	58
TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO POR TIPO DE ATENDIMENTO REALIZADO PELO CIT, RS, 2007.....	59
TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO MENSAL DOS ATENDIMENTOS TOXICOLÓGICOS PRESTADOS PELO CIT, RS, 2007.....	60
TABELA 16 - ATENDIMENTOS HUMANOS, POR CIRCUNSTÂNCIA DA EXPOSIÇÃO E SEXO PRESTADOS PELO CIT, RS, 2007.....	61
TABELA 17 – DISTRIBUIÇÃO DOS ACIDENTES HUMANOS POR LOCAL DE EXPOSIÇÃO, PELA GRAVIDADE DO ACIDENTE (AVALIAÇÃO DA OCORRÊNCIA) PRESTADO PELO CIT, RS, 2007.....	61
TABELA 18 – DISTRIBUIÇÃO DOS ATENDIMENTOS TOXICOLÓGICOS HUMANOS POR LOCAL DE SOLICITAÇÃO, RS, 2007.....	62
TABELA 19 – DISTRIBUIÇÃO DOS ATENDIMENTOS TOXICOLÓGICOS HUMANOS POR EVOLUÇÃO, RS, 2007.....	63
TABELA 20 - NÚMERO DE CASOS DE HEPATITES VIRAIS E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA POR 100.000 HAB., SEGUNDO ETIOLOGIA, RS, 1999-2007.	71
TABELA 21 - VÍRUS IDENTIFICADOS EM AMOSTRAS COLETADAS NA MDDA, RS, 2004 -2006.	74
TABELA 22 - Nº DE DOSES APLICADAS E COBERTURA DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA, RS, 1999-2007.....	76
TABELA 23 - ATENDIMENTOS ANTIRRÁBICOS NOTIFICADOS NO SINAN, RS, 2000-2007.....	82
TABELA 24 - TAXA DE DETECÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE POR 10.000 HAB., RS, 1997-2007.	99
TABELA 25 - TAXA DE PREVALÊNCIA DE CASOS DE HANSENÍASE POR 10.000 HAB., RS, 1997-2007.	100
TABELA 26 - PORCENTAGEM DE MUDANÇA NA TMI A PARTIR DE 10% DE AUMENTO DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS, BRASIL E SUAS REGIÕES, 2005.	123

TABELA 27 - COBERTURA POPULACIONAL DE EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, RS, 1998-2009.	127
TABELA 28 - NÚMERO DE EQUIPES ESF, ESB E ACS, RS, DEZEMBRO/2008.	130
TABELA 30 - NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS* POR HABITANTE, POR CRS, RS, 2007.	139
TABELA 31 – NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES, TOTAL E SUS, RS, 2000–2008.	142
TABELA 32 - NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES, TOTAL E SUS/ 1000 HABITANTES, POR CRS, RS, 2007.	143
TABELA 33 - NÚMERO DE LEITOS SUS DE UTI, POR TIPO, POR CRS, RS, JUNHO/2008.	144
TABELA 34 – INTERNAÇÕES EM UTI DE MENORES DE 28 DIAS, POR MACRORREGIÃO DE RESIDÊNCIA E OCORRÊNCIA, RS, 2008.	146
TABELA 35 – Nº DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO SUS, POR 100 HAB., RS, 2000-2007.	147
TABELA 36 – INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO SUS, POR LOCAL DE RESIDÊNCIA, POR CRS, RS, 2007.	149
TABELA 37 – NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E NÚMERO DE ÓRGÃOS IMPLANTADOS, RS, 2002-2008.	154
TABELA 38 - SÉRIE HISTÓRICA DO NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM ÓBITOS INFANTIS, SEGUNDO NÚMERO DE ÓBITOS, RS, 2002-2007.	157
TABELA 39 - SÉRIE HISTÓRICA DA MORTALIDADE POR DOENÇAS PREVALENTES EM CRIANÇAS 0-5 ANOS, NO RIO GRANDE DO SUL, 1998-2007.	159
TABELA 40 – DADOS QUANTITATIVOS RELATIVOS ÀS PRINCIPAIS ATIVIDADES DO PIM, RS, 2007-2008.	162
TABELA 41 – NÚMERO DE ÓBITOS E PRINCIPAIS CAUSAS, EM ADOLESCENTES E JOVENS, POR SEXO E FAIXA ETÁRIA, RS, 2007.	164
TABELA 42 – NÚMERO DE ACIDENTES NOTIFICADOS NO RINAV, POR TIPO, SEXO MASCULINO, FAIXA ETÁRIA DE 20 A 59 ANOS, RS, 2003-2008.	169
TABELA 43 – NÚMERO DE ÓBITOS NOTIFICADOS NO RINAV, POR TIPO, SEXO MASCULINO, FAIXA ETÁRIA DE 20 A 59 ANOS, RS, 2003-2008.	170
TABELA 44 – DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO IDOSA, POR SEXO, RS, 2005.	172
TABELA 45 – POPULAÇÃO IDOSA RESIDENTE, POR SEXO, SEGUNDO MACRORREGIÃO DE SAÚDE, RS, 2009.	172
TABELA 46 – NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR DOENÇAS CEREBOVASCULARES NA POPULAÇÃO DE 60 ANOS E MAIS, RS, JAN-NOV/2008.	174
TABELA 47 – POPULAÇÃO POR RAÇA/COR, RS, 2000-2007.	177
TABELA 48 – ÓBITOS SEGUNDO RAÇA/COR, AMBOS OS SEXOS, TODAS AS IDADES, RS, 2000-2007.	177
TABELA 49 – ÓBITOS EM MENORES DE UM ANO SEGUNDO RAÇA/COR, AMBOS OS SEXOS, RS, 2000-2007.	178
TABELA 50 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL, SEGUNDO RAÇA/COR, AMBOS OS SEXOS, RS, 2000-2007.	178
TABELA 51 - DADOS CADASTRAIS DE HEMOGLOBINOPATIAS, SRTN/HMIPV, POA-RS, 2007.	181
TABELA 52 – INDICADORES VITAIS DA POPULAÇÃO INDÍGENA, RS, 2003-2009.	185
TABELA 53 - COBERTURA VACINAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA, POR TIPO DE VACINA E FAIXA ETÁRIA E COBERTURA PRECONIZADA PELO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES – PNI, RS, 2004 A 2009.	185
TABELA 54 - PERCENTUAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA, POR FAIXA ETÁRIA, COM ESQUEMA VACINAL COMPLETO, RS, 2009.	186
TABELA 55 – POPULAÇÃO INDÍGENA POR CRS E MUNICÍPIO, RS.	187
TABELA 56 – POPULAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO QUANTO À FAIXA ETÁRIA, RS, 2009.	194
TABELA 57 – POPULAÇÃO PRISIONAL QUANTO AO GRAU DE INSTRUÇÃO, RS, 2009.	194

TABELA 58 - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DAS NOTIFICAÇÕES REALIZADAS COM O RINAV POR TIPO DE OCORRÊNCIA NOS ANOS DE 2005, 2006 E 2007, RS.	201
TABELA 59 - DISTRIBUIÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA, RINAV, HOSPITAIS OBSERVATÓRIO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIA (HOAV) E DEMAIS UNIDADES DE SAÚDE (DUS), RS, 2005, 2006 E 2007.	202
TABELA 60 - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA, RINAV, POR SEXO, RS, 2005, 2006 E 2007.	202
TABELA 61 – DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA, SEXO FEMININO, POR TIPO DE VIOLÊNCIA, RINAV, RS, DE 2005, 2006 E 2007.	203
TABELA 62 - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DAS NOTIFICAÇÕES COM O SEXO MASCULINO CONFORME O TIPO DE VIOLÊNCIA REALIZADAS COM O RINAV NOS ANOS DE 2005, 2006 E 2007.	203
TABELA 63 - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA, POR FAIXA ETÁRIA, RINAV, RS, 2005, 2006 E 2007.	204
TABELA 64 - NÚMERO DE SERVIÇOS/MUNICÍPIOS, POR TIPO DE SERVIÇO/AÇÕES-RS-2008.	208
TABELA 65 - DISTRIBUIÇÃO DE CAPS POR TIPO E CRS -2008.	209
TABELA 66 – SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS DE GESTÃO MUNICIPAL, RS, 2008.	210
TABELA 67 - SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS DE GESTÃO ESTADUAL, RS, 2008.	211
TABELA 68 – DISTRIBUIÇÃO DO TOTAL DE ATENDIMENTOS, POR SEXO E TIPO DE ENCAMINHAMENTO HPS, RS, 2008.	212
TABELA 69 - PREVALÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA E MÉDIA DE CEOD E CPOD POR FAIXA ETÁRIA, RS, 2003.	225
TABELA 70 - ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA, RS, 2003.	229
TABELA 71 – SÉRIE HISTÓRICA DE INDICADORES DE SAÚDE BUCAL, RS, 2000-2005.	230
TABELA 72 - CAPACIDADE OPERACIONAL INSTALADA/ANO DOS SERVIÇOS DA HEMORREDE PÚBLICA, RS, 2009.	237
TABELA 73 – ACESSO E DEMANDA DE ESTRANGEIROS E BRASILEIROS NÃO RESIDENTES AO SUS SEGUNDO OS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. MUNICÍPIOS DO RS DE FRONTEIRA COM ARGENTINA E URUGUAI, 2005.	250
TABELA 74 – SITUAÇÃO ATUAL DO RELATÓRIO DE GESTÃO ESTADUAL, RS, 2007.	261
TABELA 75 – SÉRIE HISTÓRICA DA PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS, RS, 2001-2008.	266
TABELA 76 - PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS, RS, 2007-2008.	267
TABELA 77 – RECURSOS REPASSADOS A MUNICÍPIOS, FONTE ESTADUAL, RS, 2006-2008.	268
TABELA 78 – VALORES PAGOS A INSTITUIÇÕES PRIVADAS COM E SEM FINS LUCRATIVOS, FONTE ESTADUAL, RS, 2006-2008.	269
TABELA 79 – RECURSOS FINANCEIROS FEDERAIS TRANSFERIDOS AO RS, 2007-2008*.	269
TABELA 80 – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA SES E LIQUIDAÇÃO DOS RECURSOS DO ORÇAMENTO DO ÓRGÃO 20, RS, 2007-2008.	271
TABELA 81 - RECURSOS FINANCEIROS REPASSADOS PELA SES, CONVÊNIOS, CONTRATOS, TERMOS DE COMPROMISSO, TERMOS DE COOPERAÇÃO TÉCNICA, RS, 2006-2008*.	273
TABELA 82 - PERCENTUAL DE DESTINO DAS TRANSFERÊNCIAS REALIZADAS PELA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ACORDO COM A CRS DE ORIGEM E DESTINO, RS, JANEIRO A MAIO DE 2009.	303
TABELA 83 - DEMANDA E SITUAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA, POR CRS, RS, JANEIRO-MAIO/2009.	304
TABELA 84 – CLASSIFICAÇÃO FINAL DOS CASOS REGULADOS PELA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO, RS, MARÇO-MAIO/2009.	304

TABELA 85 – PERCENTUAL DE COBERTURA DE PLANOS DE SAÚDE, BRASIL E RS, 2008.....	310
TABELA 86 - PROCEDIMENTOS MAIS FREQUENTES IDENTIFICADOS NO SISTEMA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS) PARA BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE, SETEMBRO/99-DEZEMBRO/2005.....	312
TABELA 87 - ATENDIMENTOS IDENTIFICADOS NO SISTEMA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH/SUS) PARA BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE, SEGUNDO ESPECIALIDADE, SETEMBRO/1999-DEZEMBRO/2005.....	312
TABELA 88 – NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR 1.000 HABITANTES, RS, 2005-2007.....	325
TABELA 89 – NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR 1.000 HABITANTES, POR CRS, RS, 2007.....	326
TABELA 90 - QUADRO DOS FUNCIONÁRIOS DA SAÚDE PÚBLICA DA SES-RS, RS, 2008.....	327

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – MUNICÍPIOS COM PRESENÇA DE <i>T. INFESTANS</i> , RS, 2005-2008.....	94
QUADRO 2 - RECURSOS ESTADUAIS REPASSADOS A ACS/ESF, RS, 2008.....	137
QUADRO 3 - RECURSOS ESTADUAIS E FEDERAIS, POR TIPO DE EQUIPE, RS, 2008.	137
QUADRO 4 - NÚMERO DE EQUIPES ESF E MUNICÍPIOS DO PPV, RS, 2008.	138
QUADRO 5 – ÁREAS PRIORITÁRIAS NO PROCESSO DE GESTÃO, CRS/SES-RS, 2009	428

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABI – Avisos de Beneficiários Identificados

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ADS – Ambulatório de Dermatologia Sanitária

AF – Assistência Farmacêutica

AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH – Autorizações de Internação Hospitalar

ALI – Alvará de Licença

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAC – Autorização de Procedimentos de Alto Custo

APH – Atendimento Pré-hospitalar

APS – Atenção Primária à Saúde

ASSAI – Assessoria de Saúde Indígena

ASSEDISA – Associação de Secretários e Dirigentes da Saúde

ASSTEPLAN – Assessoria Técnica de Planejamento

AT – Acidente de Trabalho

AT – Ambulatório de Tisiologia

AZT – Zidovudina

BCG – Bacillus Calmette-Guérin

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

BIRD – Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento

BPF – Boas Práticas de Fabricação

BTI – Bacillus Thuringiensis Israelensis

CACON – Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CADIN – Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades Federais

CAFF – Centro Administrativo Fernando Ferrari

CAME – Coordenadoria de Auditoria Médica Estadual

CAMMI – Centros de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CATESTO – Câmara Técnica de Sangue, Outros Tecidos e Órgãos
CAUC – Cadastro Único de Convênios
CD – Cirurgião-Dentista
CDCT – Centro de Desenvolvimento e Capacitação Tecnológica
CEDIPI – Comitê Estadual para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância
CEIDS – Centro de Informação e Documentação em Saúde
CELEP – Centro de Referência Latinoamericano para la Educación Preescolar
CELIC – Central de Licitações
CEOD – Índice de Dentes Decíduos Cariados, Restaurados e com Extração Indicada
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CEPI – Conselho Estadual dos Povos indígenas
CERAC – Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade Estadual
CEREST – Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador
CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CGPAN – Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição
CGPL – Coordenação Geral de Planejamento
CI – Coeficiente de Incidência
CIB – Comissão Intergestora Bipartite
CID – Código Internacional de Doenças
CIES – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIT/RS – Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul
CMG – Coeficiente de Mortalidade Geral
CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMIT – Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia
CMN – Coeficiente de Mortalidade Neonatal
CMNP – Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce
CMNT – Coeficiente de Mortalidade Neonatal Tardia
CMP – Coeficiente de Mortalidade Perinatal
CNCDO – Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNRAC – Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CNRM-MEC – Comissão Nacional de Residência Médica
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COGERE – Colegiados de Gestão Regional
COMUDE – Conselho Municipal de Desenvolvimento
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREDES – Conselho Regional de Desenvolvimento
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
CORSAN – Companhia Riograndense de Saneamento
CPEA – Coordenação de Produção e Experimentação Animal
CPOD – Índice de Dentes Permanentes Obturados, Perdidos e Cariados
CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREMERS – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
CRF – Conselho Regional de Farmácia
CRO – Conselho Regional de Odontologia
CRP – Conselho Regional de Psicologia
CRRD – Centro de Referência em Redução de Danos
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
CSEM – Centro de Saúde Escola Murialdo
DA – Departamento Administrativo
DAC – Doenças do Aparelho Circulatório
DAF – Divisão de Assistência Farmacêutica
DAHA – Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial
DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DAS – Departamento de Ações em Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DAUM – Divisão de Atenção a Usuários Moradores
DCHE – Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCR – Desenvolvimento Científico e Tecnológico Regional
DDA – Doenças Diarréicas

DM – Doença Meningocócica
DNA – Ácido Desoxirribonucléico
DNV – Declaração de Nascidos Vivos
DO – Declaração de Óbito
DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DRT – Delegacia Regional do Trabalho
DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DST – Doença Sexualmente Transmissível
DTA – Doenças Transmitidas por Alimentos
DTV – Doenças Transmitidas por Vetores
DUS – Demais Unidades de Saúde
DVAS – Doenças Veiculadas por Alimentos
DVE – Divisão de Vigilância Epidemiológica
DVST – Divisão de Saúde do Trabalhador
EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EMSI – Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
ESBI – Equipes de Saúde Bucal Indígenas
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ESFI – Equipes de Saúde da Família Indígenas
ESFPPV – Estratégia de Saúde da Família Projeto Prevenção da Violência
ESP – Escola de Saúde Pública
FAPERGS - Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul
FEE – Fundação de Economia e Estatística Sigfried Emanuel Heuser
FEPPS – Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde
FES – Fundo Estadual de Saúde
FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FUNAFIR – Fundo de Apoio Financeiro e de Recuperação de Hospitais Privados Sem Fins
Lucrativos
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GM – Gabinete Ministerial
GT – Grupo de Trabalho
HCI – Hospital Colônia Itapuã
HCV – Vírus da Hepatite C
HEMORGS – Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul
Hib – Haemophilus influenzae B
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HOAV – Hospitais Observatório de Acidentes e Violência
HPV – Human Papiloma Vírus
HSP – Hospital Sanatório Partenon
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IBAMA – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente
Idese – Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INCA – Instituto Nacional de Câncer
INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INPI – Instituto Nacional da Propriedade Industrial
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IP_{Saúde} – Índice de Priorização em Saúde
IPB-LACEN – Instituto de Pesquisas Biológicas - Laboratório Central do Estado do Rio Grande do Sul
IRA – Infecção Respiratória Aguda
LAFERGS – Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LER – Lesão por Esforço Repetitivo
LRPD – Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
LTA – Leishmaniose Tegumentar Americana
MDDA – Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas
MP – Ministério Público
TEM – Ministério do Trabalho e Emprego
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASS – Núcleo de Atendimento em Serviço Social

NIDS – Núcleo de Informação e Divulgação em Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NURESC – Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva
NUREVS – Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde
NV – Nascidos Vivos
OAV – Observatório de Acidentes e Violências
OEMA – Órgão Estadual de Meio Ambiente
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPM – Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OPS – Organização Panamericana de Saúde
OSC – Organizações da Sociedade Civil
PAB – Piso de Atenção Básica de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários
PAIR – Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual
Infanto-Juvenil
PAM – Plano de Ações e Metas
PAN – Política de Alimentação e Nutrição
PCCS – Plano de Carreira, Cargos e Salários
PCDCh – Programa de Controle da Doença de Chagas
PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PDI – Plano Diretor de Informática
PEC – Penitenciária Estadual de Charqueadas
PECAHF – Política de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias
PEJ – Penitenciária Estadual do Jacuí
PHAS – Política de Humanização da Assistência à Saúde
PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PIB – Produto Interno Bruto
PIM – Primeira Infância Melhor
PIT – Postos de Informações de Triatomíneos

PMHCh – Melhoria Habitacional para Controle da Doença de Chagas
PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNH – Política Nacional de Humanização
PNI – Programa Nacional de Imunizações
PNTN – Programa Nacional de Triagem Neonatal
PPA – Plano Plurianual
PPC – Poder de Paridade de Compra
PPV – Projeto Prevenção da Violência
PRD – Programas de Redução de Danos
PREVINI – Sistema de Controle de Preservativos
PROCERGS – Companhia de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul
PRODOC – Grupo de Pesquisa sobre Condição e Formação Docente
PRONEX – Programa de Apoio a Núcleos de Excelência
PROSAN – Programa de Saneamento
PSF – Programa de Saúde da Família
PT – Portaria
RAIS – Relação Anual de Informações Sociais
RCBP – Registro de Câncer de Base Populacional
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
READIS – Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde
REFORSUS – Projeto Reforço à Reorganização do SUS
RENAST – Rede Nacional de Atenção
RGMS – Relatório de Gestão Municipal de Saúde
RINA – Relatório Individual de Notificação de Agravos
RINAV – Relatório de Notificação Individual de Acidentes e Violência
RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RIS – Residência Integrada em Saúde
RN – Recém-nascido
RNIS – Rede Nacional de Informações em Saúde
ROREHS – Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
SAMU – Sistema Móvel de Urgência
SAT/HPSP – Serviço de Admissão e Triagem/ Hospital Psiquiátrico são Pedro

SB – Saúde Bucal

SCPH- Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus

SE – Salas de Estabilização

SEPLAG – Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SETEC – Secretaria Técnica

SH – Serviço Hemoterápico

SICTA – Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIAPI – Sistema de Informação do Programa de Imunizações

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SISÁGUA – Sistema de Informação de Vigilância de Qualidade da Água para Consumo Humano

SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SISFAD – Sistema de Informações de Febre Amarela e Dengue

SISGEP - Sistema de Gerenciamento de Projetos

SISINCENTIVO – Sistema para Monitoramento da Política de Incentivo

SISLAB – Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública

SISPRENATAL – Sistema de Informação do acompanhamento do Pré-Natal

SIST – Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador

Sistema AME – Sistema Assistência de Medicamentos do Estado

Sistema SCO – Sistema de Cursos e Orçamentos

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SIUP – Serviços Industriais de Utilidade Pública

SIVEP_MDDA – Sistema Informatizado da Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas

SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNT – Sistema Nacional de Transplantes
SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SPO – Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SRTN – Serviço de Referência de Triagem Neonatal
SSCA – Seção da Saúde da Criança e do Adolescente
SSMN – Setor de Saúde Mental e Neurológica
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUSEPE – Superintendência de Serviços Penitenciários
SVS/MS – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TABWIN – Tabulador de Informações de Saúde para o ambiente Windows
TCE – Tribunal de Contas do Estado
TGO – Aminotransferase Glutâmico-Oxalacética
TGP – Aminotransferase Glutâmico-pirúvica
Gama GT – Gama Glutamil Transferase
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil
TMM5 – Taxa de Mortalidade em Menores de 5 anos
TRS – Terapia Renal Substitutiva
TTD – Tabela de Temporalidade de Documentos
UBS – Unidade Básica de Saúde
UDI – Uso de Drogas Injetáveis
UF – Unidade Federativa
UI – Unidade de Internação
ULBRA – Universidade Luterana do Brasil
UNACON – Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e AIDS
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPAS – Unidades de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo
VAS – Vigilância Ambiental em Saúde

VIGIÁGUA – Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano

VIGIAR – Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade do Ar

VIGISOLO – Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade do Solo

VISA – Vigilância Sanitária

I – INTRODUÇÃO

A criação do SUS, a partir da Constituição de 1988, trouxe um novo cenário para a saúde no país. Dentre os inúmeros avanços, emergiu a questão de uma gestão forte e participativa. Neste sentido, as Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90 buscam garantir estratégias para essas práticas. A existência de um plano de saúde nas gestões municipal, estadual e federal surge como um dos principais instrumentos de auxílio tanto na gestão como no controle social. Também aparece como item obrigatório de pactuação nos termos de compromisso das gestões estadual e municipal no Pacto pela Saúde.

O Plano Estadual de Saúde 2009-2011 é uma conquista da SES-RS. Além da importância deste instrumento para a gestão do SUS, a sua elaboração/construção desencadeou um processo de trabalho participativo, que provocou mudanças na maneira de compreender o processo de planejamento no SUS. Na sua elaboração, contou com a participação de atores que fazem parte do contexto institucional da SES-RS, trabalhadores do SUS em diferentes espaços de atuação profissional na saúde pública. O Conselho Estadual de Saúde, por sua vez, acompanhou a maioria das discussões metodológicas, bem como as atividades realizadas (oficinas, reuniões, etc.), cumprindo com o seu papel na formulação para posterior deliberação e fiscalização das proposições deste documento.

No início do processo, era sabido, houve dificuldades no desenvolvimento do trabalho. Havia uma aposta, embrião fértil de um trabalho coletivo que seria desencadeado com o avançar do tempo. Habilidosamente foram construídas metodologias, organizada a participação dos envolvidos, bem como diretrizes para elaboração. Assim, uma composição teórica e metodológica foi iniciada, em parte, contendo conhecimentos acumulados pelo Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, cujo papel foi importante no sentido de fornecer abrigo, direcionamento ou mesmo fortalecer algumas estratégias adotadas ao longo da elaboração do PES. Contudo, outros saberes, inclusive aqueles oriundos do trabalho cotidiano no contexto da saúde coletiva ou da experiência acumulada ao longo do tempo, foram agregados, transformando e adequando a metodologia, de forma criativa, na medida em que o processo avançava.

Além da elaboração do Plano Estadual de Saúde como documento final, a decisão de uma construção envolvendo a participação dos trabalhadores da SES provocou uma reflexão no processo de trabalho dos setores/departamentos da mesma, na medida em que os

participantes puderam apropriar-se das experiências de cada um. Na medida em que os textos iam sendo elaborados, e o trabalho, avaliado, a necessidade de ações interdepartamentais e intersetoriais tornaram-se prementes. Neste contexto, destaca-se a qualificação da metodologia de trabalho em grupo. Baseada na ação sobre a realidade, a mesma teve como fio condutor os conhecimentos oriundos das correntes teóricas que embasam o planejamento em saúde pública e do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS.

Metodologicamente, o processo de trabalho foi dividido em quatro fases, ficando com a Assessoria Técnica e de Planejamento – ASSTEPLAN - a coordenação do processo de elaboração do instrumento. Foram convidados, também, para participar do processo e acompanhá-lo o Conselho Estadual de Saúde – CES - e a Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde – ASSEDISA. Além disso, salienta-se a ação interinstitucional, através da participação da SUSEPE, Setor de Tratamento Penal, na construção da Política de Saúde Prisional, evidenciando o esforço em estimular a criação de ações de saúde efetivamente interinstitucionais.

Inicialmente, na fase I da metodologia de construção do Plano Estadual de Saúde - PES), buscou-se um alinhamento conceitual dos seguintes documentos: Plano Plurianual do Estado 2008–2011, 13ª Conferência Nacional de Saúde, 5ª Conferência Estadual de Saúde, Termo de Compromisso de Gestão Estadual e Pacto pela Saúde. Para tal, foram identificados os objetivos, as prioridades, as metas e os indicadores dos mesmos, os quais definiram as diretrizes para a elaboração deste PES. Juntamente, foram analisadas as atas do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite de 2007-2008.

A fase II constou da elaboração da análise situacional da saúde no estado do Rio Grande do Sul. A mesma foi discutida com o grupo de trabalho, para o qual foram atribuídas tarefas, cabendo a cada membro viabilizar a elaboração do material no seu setor/departamento, identificando os responsáveis e as interfaces entre os setores. A partir de então, foi possível sistematizar as linhas temáticas e uma estrutura preliminar. Nesta fase, observou-se a necessidade de identificar as prioridades no nível regional, conforme os dados das análises situacionais. Assim, em parceria com a Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde - READIS, foram escolhidos indicadores, inclusive considerando aqueles pactuados no Termo de Compromisso de Gestão Estadual, que foram estudados e sistematizados em prioridades regionais.

A partir da priorização dos indicadores regionais, foi organizado um encontro com as Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS - a fim de integrá-las no processo para discutir e aprofundar as prioridades regionais na análise situacional. Os resultados da oficina com as CRS aparecem no PES, no capítulo VI, referente às especificidades e prioridades regionais. Esta estratégia foi adotada com a finalidade de provocar um exercício de planejamento ascendente, para que, num futuro próximo, tenha-se experiência acumulada para estimular/desencadear mais ações deste tipo.

Após esse momento, passou-se para a fase III. Nesta fase, foram identificados os problemas prioritários de saúde do Estado. A partir desta identificação e do material produzido na fase I (análise documental), foram construídos os objetivos do plano e estruturadas as linhas de ação através da definição de estratégias e prioridades. Ainda nesta fase, definiram-se as metas e os indicadores para posterior avaliação. Se a análise situacional apontou “onde estamos”, esta fase definiu “onde queremos chegar”, constituindo-se em importante momento no processo de planejamento.

Na fase IV, foram realizadas as revisões para posterior envio ao Conselho Estadual de Saúde para apreciação. Salienta-se que o mesmo acompanhou, desde o início, o desenvolvimento do processo. Por fim, a fase V constituiu-se na publicação, divulgação e distribuição do documento final.

Cabe salientar, entretanto, que o PES 2009/2011 não é um instrumento fechado e inerte. Ao contrário, deve estar em constante atualização/revisão, pois é o instrumento que desencadeia o planejamento, sendo complementado posteriormente por outros instrumentos, cujo objetivo será permitir o monitoramento e avaliação do proposto. Assim, representa a carta de intenções com a qual devem se articular as proposições e ações e tem como principal papel deixar transparentes as intenções do gestor estadual em relação aos caminhos a serem percorridos para o avanço da política pública de saúde no Rio Grande do Sul. Portanto, trata-se de um importante instrumento de gestão do SUS, podendo ser um guia para definição e planejamento das políticas públicas e das ações em saúde estaduais, servindo de base à gestão municipal. Entretanto, cada município, durante a elaboração do seu plano de saúde, deverá levar em consideração outros dados disponíveis nos sistemas de informação especificamente sobre o seu território, analisando-os e adequando-os à sua realidade, sem se restringir às informações constantes neste instrumento.

A conclusão de um processo árduo como este permite algumas reflexões. Certamente, durante os nove meses de trabalho, houve um desenvolvimento institucional e pessoal de cada participante: ora pelos embates, dificuldades e enfrentamentos; ora pelas ricas trocas de experiências.

Aprende-se com os obstáculos e, neste caso, não foi diferente. Entre os principais vivenciados, cita-se a dificuldade em adequar as demandas que surgiram ao fluxo cotidiano de trabalho. Isto, aliado à inexistência de uma cultura de planejamento, contribuiu para algumas questões de ordem prática na construção do documento, como por exemplo, a dificuldade de obtenção dos dados e de textos, principalmente no que diz respeito às análises situacionais.

Outra dificuldade advinda da sistematização dos textos, devido à produção em diferentes formatos e linguagens. Observou-se, também, a existência de alguns dados repetidos, talvez contraditórios, os quais o leitor verá que não foram eliminados por completo para garantir um potencial espaço de análise crítica e propositiva de mudanças, que não serão inconsistentes e garantirão a abertura necessária à continuidade do processo de revisão, reflexão e avaliação do documento. Assim, busca-se evitar compilar e filtrar as informações para garantir a singularidade de seus autores e a multiplicidade de formas de olhar e entender o universo da saúde. Pequenas modificações introduzidas em alguns textos tiveram como objetivo formatar o documento.

II – CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

1 INDICADORES SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

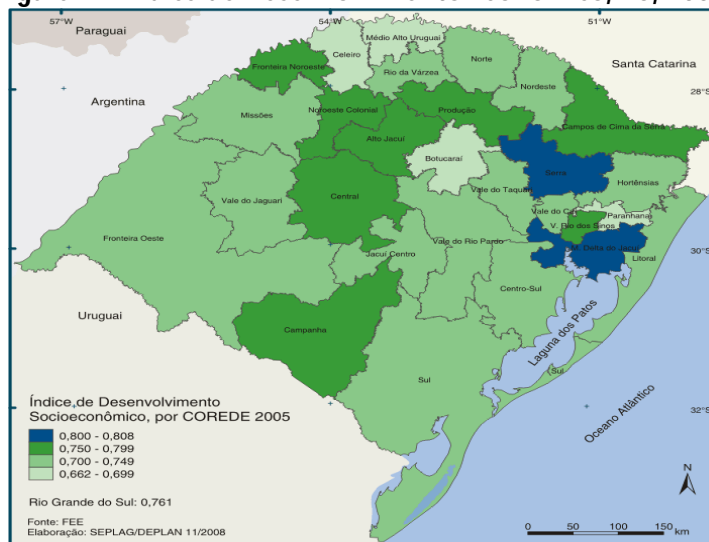
O Rio Grande do Sul ocupa a terceira posição no Índice de Desenvolvimento Humano - IDH entre os estados do país, desfrutando de alta qualidade de vida. Segundo critérios da Organização das Nações Unidas, o IDH gaúcho é de 0,869, reflexo da menor mortalidade infantil do Brasil, das altas taxas de alfabetização (90,5%) e de excelentes condições de saneamento básico e saúde. A taxa de analfabetismo é de 6,65%.

O Produto Interno Bruto do Rio Grande do Sul – PIB/RS - é o quarto maior do Brasil. Em 2007, cresceu 7,0%, chegando a R\$ 175 bilhões. O PIB *per capita* cresceu 5,9% no mesmo ano, passando a R\$ 15,9 mil. Um dos maiores produtores e exportadores de grãos do país, o estado gaúcho também conta com grande parte de sua economia baseada no setor industrial e no setor de serviços.

Em 2005, o Estado do Rio Grande do Sul obteve um Índice de Desenvolvimento Socioeconômico – IDESE - de 0,761¹, mantendo estabilidade em relação ao ano anterior. O IDESE é um índice sintético, inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, que abrange um conjunto amplo de indicadores sociais e econômicos classificados em quatro blocos temáticos: educação; renda; saneamento e domicílios; e saúde. Ele tem por objetivo mensurar e acompanhar o nível de desenvolvimento do Estado, de seus municípios e Conselhos Regionais de Desenvolvimento - COREDES, informando a sociedade e orientando os governos (municipais e estadual) nas suas políticas socioeconômicas.

¹ O IDESE varia de zero a um e, assim como o IDH, permite que se classifique os estados, os municípios ou os COREDES em três níveis de desenvolvimento: baixo (índices até 0,499), médio (entre 0,500 e 0,799) ou alto (maiores ou iguais que 0,800).

Figura 1 – Índice de Desenvolvimento Econômico, RS, 2005.



Fonte de dados brutos: FEE/RS

O desempenho deste indicador foi sustentado principalmente pelo bloco de saúde e não foi mais elevado devido à queda nos blocos de renda e educação. O desempenho do bloco de saúde em 2005 é explicado, especialmente, pela melhora de 1% no índice de percentual de crianças com baixo peso ao nascer, salientando-se também variação positiva de 0,6% na taxa de mortalidade de menores de cinco anos. A tabela 1 demonstra a evolução do IDESE RS 1991, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 e 2005.

Tabela 1 – Desempenho no IDESE, RS, 2001-2005.

Bloco	1991	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bloco Educação	0,765	0,838	0,841	0,848	0,854	0,855	0,853
Bloco Renda	0,708	0,757	0,753	0,76	0,775	0,766	0,774
Bloco Domicílio e Saneamento	0,456	0,561	0,563	0,565	0,566	0,567	0,568
Bloco Saúde	0,821	0,852	0,848	0,844	0,841	0,846	0,851
Bloco IDESE	0,687	0,752	0,751	0,754	0,759	0,761	0,761

Fonte: FEE/Centro de Informações Estatísticas

Considerando a evolução do IDESE no estado, verifica-se que, após um crescimento significativo entre os anos de 1991 e 2000, quando passou de 0,687 para 0,752, o indicador se manteve estável até 2005, alcançando o índice atual.

Com pouco mais de 3% do território brasileiro, o RS abriga 6% da população, gera um PIB de US\$ 90 bilhões, é o maior produtor de grãos, o segundo polo comercial e o segundo polo da indústria de transformação nacional.

O total do Produto Interno Bruto – PIB - gaúcho, que em 2002 era de 105.407 milhões de reais, passou para 193.485 milhões em 2008, o que representa 6,82% do total brasileiro, conforme dados de 2007. Os dados do crescimento recente do PIB mostram que algumas regiões do Estado vêm sofrendo perdas significativas, enquanto outras crescem a taxas bem superiores à média estadual.

A Fundação de Economia e Estatística divulga as estimativas preliminares sobre o desempenho do PIB do Estado em 2008, bem como as revisões relativas a 2007. Segundo essas estimativas, o PIB do Estado, quarto no ranking do país, teve uma variação, em termos reais, de 3,8% em 2008, atingindo o valor de R\$ 193,5 bilhões. Essa taxa representa uma desaceleração no crescimento econômico estadual, relativamente à expansão verificada no ano de 2007, quando o PIB do RS teve uma taxa de variação positiva de 7,0% (tabela2).

Tabela 2 - Produto Interno Bruto, total e per capita, e suas taxas de crescimento no Rio Grande do Sul e no Brasil, 2002-2008.

ANOS	RIO GRANDE DO SUL (1)				BRASIL			
	PIB		Taxas de Crescimento (%)		PIB		Taxas de Crescimento (%)	
	Total (R\$ milhões)	Per capita (R\$)	Total	Per capita	Total (R\$ milhões)	Per capita (R\$)	Total	Per capita
2002	105.487	10.057	1,1	-0,1	1.477.822	8.378	2,7	1,2
2003	124.551	11.742	1,6	0,5	1.699.948	9.498	1,1	-0,3
2004	137.831	12.850	3,3	2,2	1.941.498	10.692	5,7	4,2
2005	144.218	13.298	-2,8	-3,9	2.147.239	11.658	3,2	1,7
2006	156.883	14.310	4,7	3,6	2.369.797	12.688	4,0	2,5
2007	177.040	15.978	7,0	5,9	2.597.611	13.720	5,7	4,2
2008	193.485	17.281	3,8	2,7	-	-	4,7	3,3

Fonte: FEE/Centro de Informações Estatísticas/Núcleo de Contabilidade Social. IBGE/ Diretoria de Pesquisas/Coordenação de Contas Nacionais. IPEA – Boletim de Conjuntura-dez. 2008.

O principal fator para explicar essa desaceleração na economia gaúcha foi o desempenho negativo do setor agropecuário, que teve uma expressiva queda de 8,4% em comparação com o ano anterior, no qual houve uma significativa expansão de 18,2%. Entretanto, é preciso dizer que o comportamento dos setores componentes da economia do RS em 2008 foi bastante assimétrico em termos de taxas de crescimento. Enquanto houve queda na agropecuária, o setor industrial teve um crescimento de 6,7%, e o setor serviços

teve uma taxa de variação positiva de 4,6% relativamente a 2007, ano em que as taxas estimadas de crescimento para esses setores foram de 7,2% e 5,3%, respectivamente. O expressivo crescimento no setor industrial gaúcho em 2008 foi determinado, principalmente, pela expansão das atividades de indústria de transformação e de construção civil, cujas taxas de variação foram 6,5% e 9,3%, respectivamente, relativamente a 2007. O segmento de produção e distribuição de eletricidade e gás, água, esgoto e limpeza urbana - SIUP) também contribuiu para o crescimento da indústria gaúcha, já que registrou uma taxa estimada de crescimento de 4,3%. O setor serviços, com uma expansão de 4,6%, foi beneficiado pela melhora real de todos os principais segmentos que o compõem, cujas taxas de crescimento foram as seguintes: comércio (7,0%), transportes (5,1%), administração pública (2,6%) e demais serviços (4,4%).

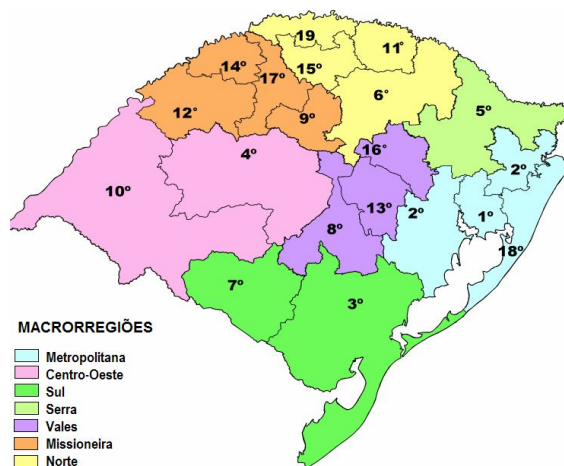
No estado do Rio Grande do Sul, segundo as estimativas do IBGE, em 2008 a população total atingiu 10.855.214 habitantes, numa área de 282 mil quilômetros quadrados, ocupando o 5º lugar entre os estados brasileiros. A distribuição da população por macrorregião e municípios polo encontra-se a seguir (tabela3).

Tabela 3 - Macrorregiões de Saúde, segundo número de municípios, população e município polo, RS, 2008.

Macrorregião	Nº de Mun.	Pop. Macro (A)	Municípios Polo	Pop. Pólo (B)	% (B/A)
Centro-Oeste (4ª e 10ª CRS)	44	1.109.469	Santa Maria	266.822	24,05%
Metropolitana (1ª, 2ª e 18ª CRS)	88	4.713.346	Porto Alegre	1.430.220	30,34%
Missioneira (9ª, 12ª, 14ª e 17ª CRS)	78	823.857	Ijuí	79.412	9,64%
Norte (6ª, 11ª, 15ª e 19ª CRS)	143	1.197.774	Passo Fundo	185.882	15,52%
Serra (5ª CRS)	48	1.054.147	Caxias do Sul	405.858	38,50%
Sul (3ª e 7ª CRS)	28	1.050.038	Pelotas	343.167	32,68%
Vales (8ª, 13ª e 16ª CRS)	67	906.583	Cachoeira do Sul	86.750	9,57%
			Santa Cruz do Sul	121.168	13,37%
			Lajeado	71.111	7,84%
Total RS	496	10.855.214		2.990.390	27,55%

Fonte: ASSTEPLAN/SES-RS

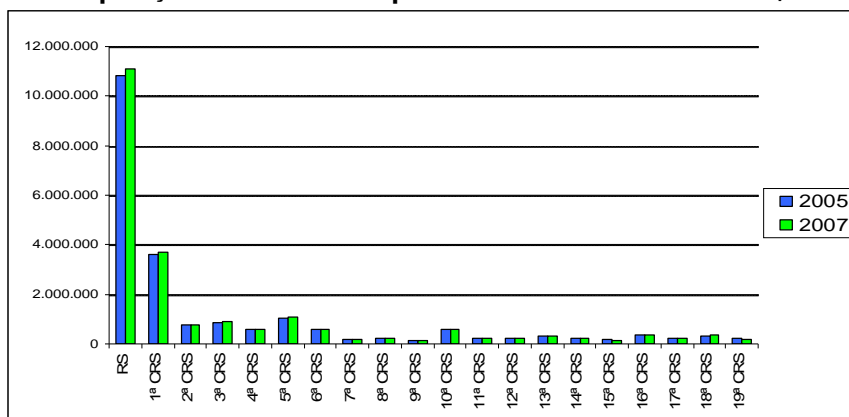
Figura 2 – Macrorregiões e Coordenadorias Regionais de Saúde, SES, RS, 2009.



Fonte: ASSTEPLAN/SES-RS

A maior concentração populacional encontra-se na 1ª CRS, que detém 33,5% do total do estado, seguida pela 5ª CRS, que possui 9,7% do total. Esta última região já ultrapassou um milhão de habitantes, chegando a 1.070.323 de pessoas. Em relação ao ano de 2005, as regionais que apresentaram queda no número total de habitantes foram a 12ª, a 14ª, a 15ª e a 19ª CRS, sendo que esta última chegou a perder 1% de população. As diferenças regionais, quanto ao número de habitantes, entre os anos de 2005 e 2007 podem ser claramente observadas no gráfico 1, principalmente a concentração populacional da 1ª CRS.

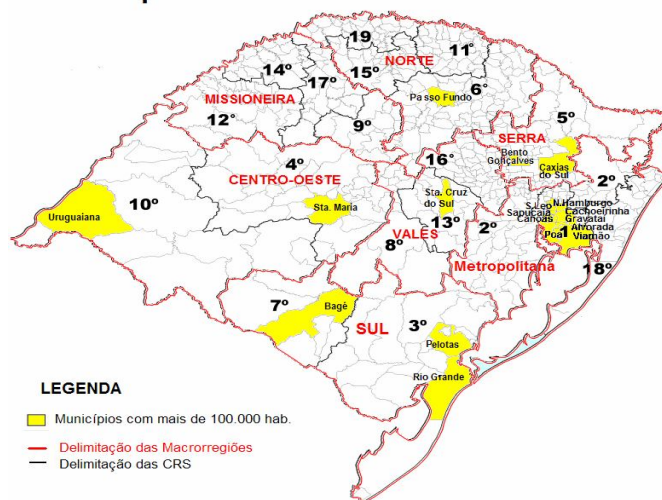
Gráfico 1 - População total estimada para o Rio Grande do Sul e CRS, 2005/2007.



Fonte dos dados brutos: DATASUS/IBGE

O Estado conta atualmente com 496 municípios, sendo que apenas 18 deles têm acima de 100.000 habitantes.

Figura 3 – Municípios com mais de 100.000 habitantes, RS, 2008.



Fonte: IBGE

Embora tenha aumentado em relação ao ano de 2005, a população segue crescendo a taxas cada vez menores já observadas nos últimos censos populacionais do IBGE. A densidade demográfica no Rio Grande do Sul passou de 36 hab./km², em 2000, para 38,6 hab./km², em 2008. Apresenta a menor densidade da região Sul, bem acima da brasileira, de 21,6 hab./km².

Outro aspecto importante da dinâmica demográfica gaúcha são as migrações inter-regionais e intrarregionais. Cerca de 80% dos migrantes gaúchos apresentam o próprio estado como destino. Os movimentos migratórios inter-regionais acompanham a dinâmica econômica e social do estado, concentrando os fluxos nas regiões mais dinâmicas.

Em termos absolutos, os COREDES que mais têm recebido migrantes são Metropolitano do Delta do Jacuí, Vale do Rio dos Sinos, Serra e Produção. Em termos relativos, as regiões que apresentaram maior saldo foram a Litoral, a Paranhana-Encosta da Serra, a Serra e a Vale do Caí. Por outro lado, os que apresentam as maiores taxas de população rural foram os que mais perderam população, destacando-se em termos relativos os COREDES Médio Alto Uruguai, Fronteira Noroeste, Missões, Noroeste Colonial, Alto da Serra do Botucaraí e Nordeste, todos com saldos inferiores a -5%.

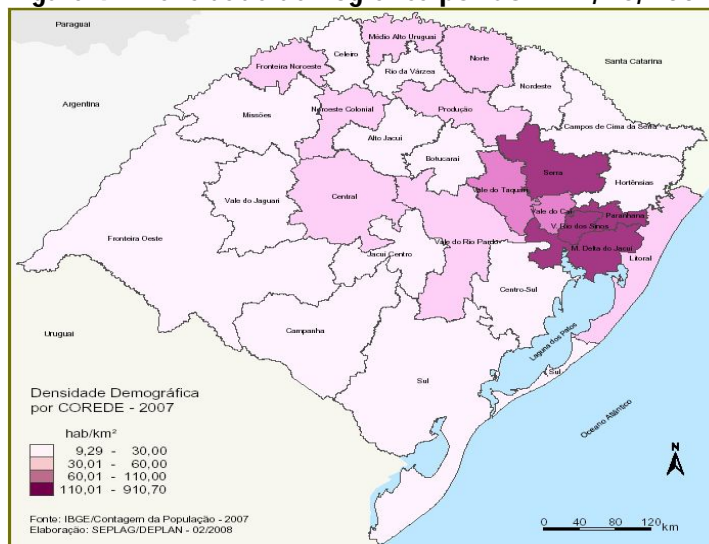
A distribuição da população no território gaúcho não é uniforme. O eixo que liga Porto Alegre a Caxias do Sul constitui-se na área mais densamente povoada, concentrando grande número de municípios e formando a maior área de continuidade urbana do estado. Dos 27 municípios com mais de 200 hab./km², 19 fazem parte deste eixo; 17 na Região Metropolitana de Porto Alegre – RMPA, e dois na Aglomeração Urbana do Nordeste - AUNE.

Por outro lado, existem áreas pouco povoadas que correspondem principalmente às regiões Campos de Cima da Serra, Vale do Jaguari, Fronteira Oeste e Campanha, que apresentam densidades inferiores a 15 hab./km². Nestas regiões, os centros urbanos mais importantes concentram a população regional e estão relativamente isolados. Nestes, predominam as grandes propriedades que constituem a base para o povoamento rarefeito destas regiões, que se caracterizam pelos vazios demográficos.

No Norte do Estado, as regiões Fronteira Noroeste, Produção, Norte, Médio Alto Uruguai e Noroeste Colonial apresentam densidades superiores ou bem próximas à média estadual. Estas regiões, com predominância da pequena propriedade, passaram por processos emancipatórios recentes que ocasionaram uma base territorial intensamente fragmentada e uma rede urbana formada de núcleos de pequeno contingente populacional.

O mapa a seguir representa a distribuição demográfica por COREDES em 2007.

Figura 4 – Densidade demográfica por COREDE, RS, 2007.

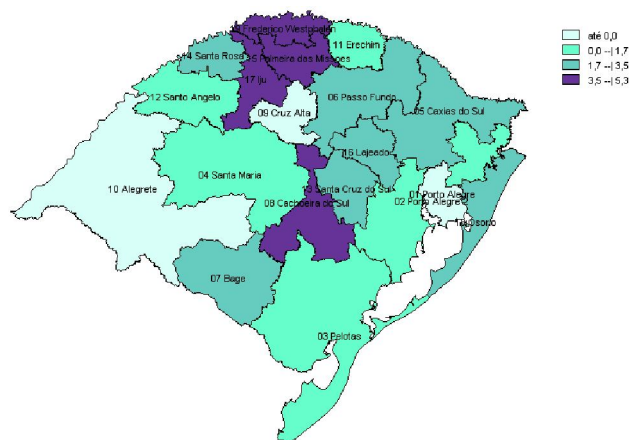


Fonte: FEE

As taxas de urbanização (% da população urbana) apresentaram aumento na grande maioria das Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado – CRS - entre 2003 e 2006, segundo a FEE, principalmente na 15ª CRS (5,3%) e na 19ª CRS (4,4%). Somente três regionais diminuíram a proporção de população urbana, ou seja, apresentaram valores negativos em unidades percentuais em relação ao ano de 2003. São elas a 10ª CRS (queda de 2,1 pontos percentuais, passando de 90,1% para 88,0%), a 1ª CRS (queda de 0,6 pontos percentuais, passando de 97,0% para 96,4%) e a 9ª CRS (queda de 0,5 pontos percentuais, passando de 80,9% para 80,4%) (figura 5).

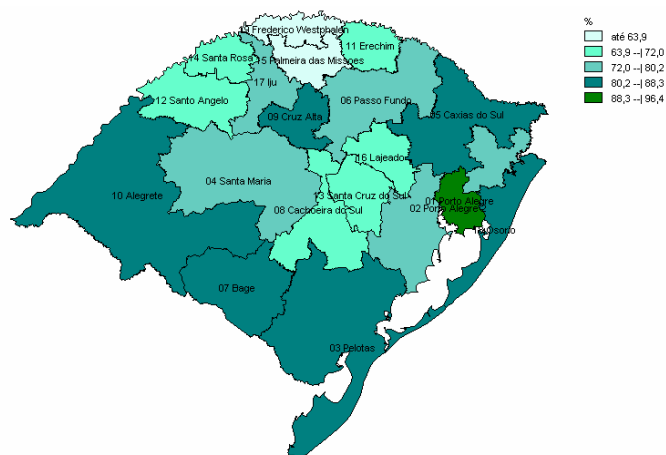
A figura 6 apresenta as principais aglomerações urbanas segundo o grau de urbanização por Coordenadoria Regional de Saúde. Depois da 1ª CRS, a segunda CRS com maior grau de população urbana do Estado é 10ª, apesar de ter apresentado decréscimo nesse indicador, com valores respectivamente de 96,4% e 88,0%. A 10ª CRS caracteriza-se por uma grande quantidade de latifúndios que não absorvem populações domiciliadas nestas áreas, o que faz com que as pessoas se desloquem para as áreas urbanas a fim de encontrarem áreas para instalarem seus domicílios.

Figura 5 - Diferença, em pontos percentuais, do Grau de Urbanização nas CRS entre 2003/2006.



Fonte dos dados brutos: FEE

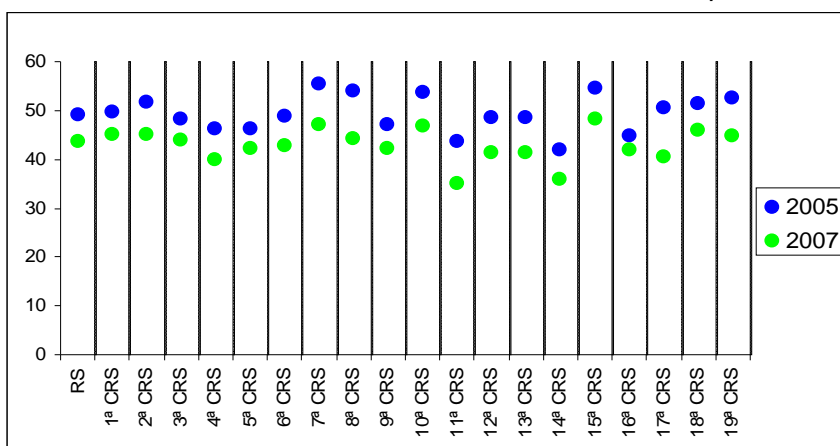
Figura 6 - Grau de Urbanização nas Coordenadorias Regionais de Saúde, RS, 2006.



Fonte dos dados brutos: FEE

Confirmando a tendência de crescimento populacional em taxas decrescentes, o **coeficiente geral de fecundidade** (número de nascidos vivos para cada 1000 mulheres em idade fértil) continuou caindo entre os anos de 2005 e 2007 no Rio Grande do Sul, quando passou de 49,2 para 43,7 para cada mil mulheres em idade fértil. A queda nessas taxas ocorreu em todas as regionais, principalmente na 7ª, na 8ª, na 11ª e na 17ª CRS (gráfico 2).

Gráfico 2 – Coeficiente Geral de Fecundidade no RS e CRS, 2005/2007.

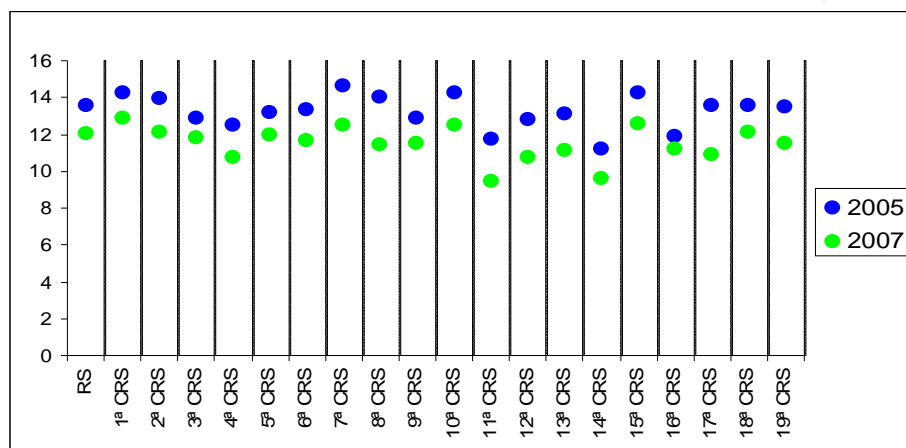


Fonte dos dados brutos: NIS/DAS/SES-RS

Comportamento semelhante ocorreu com o **coeficiente geral de natalidade** (número de nascidos vivos para cada 1000 habitantes), que apresentou queda em todas as regionais

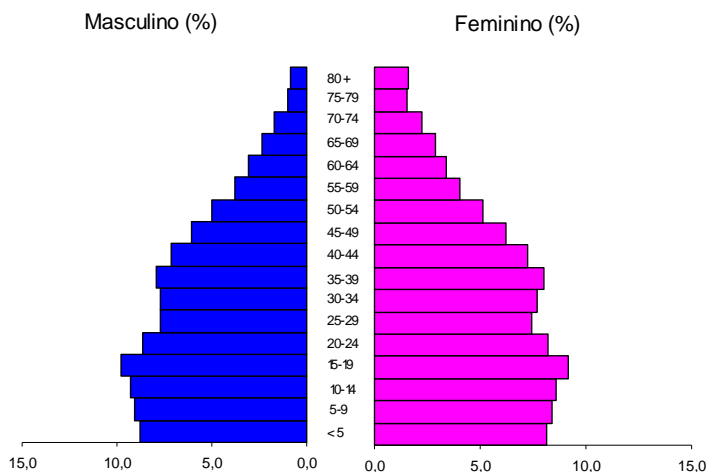
de saúde de 2005 para 2007, sendo que o referido coeficiente caiu mais nas 17^a, 8^a, 11^a e 7^a CRS (gráfico 3). O estado reduziu de 13,6 nascimentos para 12,0 por 1000 habitantes nesse mesmo período, mais uma vez contribuindo com a tendência rápida do envelhecimento populacional que vem sendo observada desde a década de 90. As taxas de fecundidade em queda trazem uma média cada vez menor do número de filhos por mulher. Enquanto, em 1996, a média era de 2,28 filhos por mulher, em 2007, as mulheres gaúchas possuem 1,51 filhos em média, o que representa uma queda bastante significativa do ponto de vista demográfico, que se refletirá, por exemplo, no tamanho das famílias gaúchas.

Gráfico 3 – Coeficiente Geral de Natalidade no Rio Grande do Sul e CRS, 2005/2007.



Fonte dos dados brutos: NIS/DAS/SES-RS

Em 2007, a participação proporcional de pessoas jovens na população não é mais tão importante quanto na década de 80, quando a pirâmide populacional tinha características bem diferentes, tais como uma base mais larga e um pico menor. Observa-se, no gráfico 4, a redução da base da pirâmide em 2007 no Rio Grande do Sul (proporção da população de até 14 anos de idade quando dividida em faixas de 5 em 5 anos), tornando-se mais encurtada que nas idades entre 15 e 19 anos. A principal causa para a diminuição da proporção de jovens na população é a queda do número de nascimentos por habitante, como já observado no parágrafo anterior. Ocorre um comportamento muito semelhante entre os sexos masculino e feminino até a idade aproximada de 64 anos. A partir dos 65 anos, as mulheres são maioria, principalmente a partir dos 80 anos (gráfico 4).

Gráfico 4 – Pirâmide populacional do RS, 2007

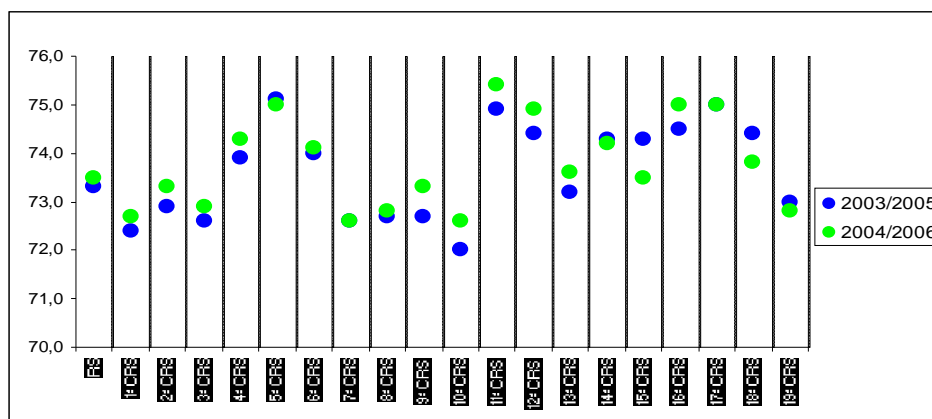
Fonte: IBGE/DATASUS

A expectativa média de vida ao nascer, no Rio Grande do Sul, no período 2004-2006, para ambos os sexos, atingiu 73,5 anos. Neste período, não apresentou aumento significativo em relação ao período anterior, 73,3 anos (gráfico 5), mas aumentou muito em relação à década de 80, quando era de aproximadamente 69 anos. Este é um indicador que está indiretamente correlacionado ao índice de mortalidade infantil; quanto menor a mortalidade em menores de 1 ano de idade, maior será a expectativa média de vida ao nascer. Valor difícil de estimar é o limite de idade que atingirá a população gaúcha, uma vez que a tendência de crescimento da expectativa de vida continua linear, sem apresentar nenhum período de estabilidade que mudasse a característica para uma curva em um futuro próximo.

As CRS que diminuíram a expectativa de vida ao nascer, porém com uma queda não significativa, foram a 5ª, a 14ª e a 19ª. Entretanto, a 15ª e a 18ª apresentaram uma queda bem importante, respectivamente, 0,6 e 0,8 anos (gráfico 5). Estas são duas das regionais que pertencem ao grupo das que aumentaram o coeficiente de mortalidade infantil, o que pode indicar uma correlação indireta entre os dois indicadores.

Fazendo uma comparação entre todas as CRS, aquelas que apresentaram os menores níveis de longevidade foram a 10ª e a 7ª CRS, ambas com 72,6 anos. Aquelas que apresentaram os maiores índices, portanto as que estão melhores em esperança de vida ao nascer foram a 11ª CRS (75,4 anos) a 5ª, a 16ª e a 17ª CRS (estas três com 75,0 anos).

Gráfico 5 - Expectativa de vida ao nascer, ambos os sexos, no RS e nas CRS, 2003/2005 e 2004/2006.



Fonte: NIS/DAS/SES-RS

2. INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE

2.1 Mortalidade Geral e Mortalidade Infantil

O coeficiente de mortalidade geral – CMG - no estado, em 2007, foi de 6,76/1.000 habitantes, correspondendo a 74.908 óbitos. Os dados apresentados indicam níveis de mortalidade mais elevados na 8ª CRS (8,81/1.000 hab.) e na 3ª CRS (8,04). Os mais reduzidos, na 5ª CRS (5,44) e na 11ª (6,30). Na 1ª CRS, área de abrangência da região metropolitana, o coeficiente de mortalidade foi de 6,59 óbitos por 1.000 habitantes, correspondendo a 47.921 óbitos (tabela 4).

Tabela 4 - Coeficientes de mortalidade por Coordenadoria Regional de Saúde, RS, 2007.

CRS	Coeficiente							Valor Absoluto							
	CMP	CMNP	CMNT	CMN	CMIT	CMI	CMG	MP	MNP	MNT	MN	MIT	MI	MG	NV
1 ^a	12,95	4,72	2,5	7,22	5,13	12,4	6,59	626	226	120	346	246	592	24440	47.921
2 ^a	14,69	5,12	1,67	6,79	4,18	11	6,39	142	49	16	65	40	105	5.036	9.570
3 ^a	18,24	5,72	2,19	7,91	4,1	12	8,04	194	60	23	83	43	126	7.152	10.491
4 ^a	16,03	6,14	1,89	8,03	4,09	12,1	7,14	103	39	12	51	26	77	4.222	6.352
5 ^a	13,76	5,78	1,8	7,57	3,28	10,9	5,44	178	74	23	97	42	139	5.806	12.809
6 ^a	16,03	5,34	3,32	8,66	4,18	12,8	6,62	112	37	23	60	29	89	3.936	6.931
7 ^a	23,4	8,77	3,34	12,11	4,59	16,7	7,67	57	21	8	29	11	40	1.469	2.395
8 ^a	24,97	10,56	3,38	13,94	5,91	19,9	8,81	60	25	8	33	14	47	1.824	2.367
9 ^a	28,57	9,91	3,1	13,01	3,1	16,1	6,8	47	16	5	21	5	26	953	1.614
10 ^a	23,19	8,98	2,86	11,84	6,12	18	7,26	173	66	21	87	45	132	4.273	7.348
11 ^a	18,7	8,97	2,83	11,8	4,72	16,5	6,3	40	19	6	25	10	35	1.407	2.118
12 ^a	14,75	7,04	2,74	9,78	4,3	14,1	6,91	38	18	7	25	11	36	1.641	2.557
13 ^a	14,07	6,43	2,14	8,58	4,29	12,9	7,27	53	24	8	32	16	48	2.435	3.731
14 ^a	14,1	7,56	1,33	8,89	2,67	11,6	7,01	32	17	3	20	6	26	1.638	2.250
15 ^a	15,58	7,11	3,56	10,67	3,05	13,7	7,08	31	14	7	21	6	27	1.107	1.969
16 ^a	11,24	4,92	1,97	6,88	2,7	9,59	6,58	46	20	8	28	11	39	2.393	4.068
17 ^a	16,69	7,8	0,82	8,62	4,11	12,7	6,68	41	19	2	21	10	31	1.490	2.435
18 ^a	17,28	7,29	2,19	9,47	3,16	12,6	6,56	72	30	9	39	13	52	2.227	4.117
19 ^a	14,75	8,3	0,44	8,73	3,93	12,7	7,32	34	19	1	20	9	29	1.459	2.290
RS	15,43	5,95	2,33	8,27	4,45	12,7	6,76	2.078	793	310	1.103	593	1.696	74.908	133.333

Fonte: NIS/DAS/SES-RS

Legenda:

CMP - Coeficiente de mortalidade perinatal = de 22 semanas de gestação a 7 dias

CMNP - Coeficiente de mortalidade neonatal precoce = de 0 a 7 dias

CMNT - Coeficiente de mortalidade neonatal tardia = de 7 a 28 dias

CMN - Coeficiente de mortalidade neonatal = de 0 a 28 dias

CMIT - Coeficiente de mortalidade infantil tardia = de 28 dias a 1 ano

CMI - Coeficiente de mortalidade infantil = de 0 dia a 1 ano

CMG - Coeficiente de mortalidade geral = todas as idades de nascidos vivos

Mais de 60% dos óbitos informados no estado, em 2007, foram devidos a três grupos de causas: doenças do aparelho circulatório (30,2%), neoplasias (20,5%) e doenças do aparelho respiratório (12,3%), com pequenas variações em relação aos valores de 2000 (tabela 5).

Tabela 5 – Evolução da mortalidade proporcional, principais capítulos da CID-10, RS, 2000-2007.

Capítulos	Mortalidade Proporcional - CID 10							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
IX - Aparelho Circulatório	33,7	32,2	31,6	30,6	30,8	30,1	30	30,2
II - Neoplasias	19,3	19,3	19,3	19,5	19,8	20,8	21,1	20,5
X - Aparelho Respiratório	12	12,6	11,7	12,1	12,2	11,9	11,9	12,3
XX - Causas Externas	9,5	9,5	9,8	9,6	9,6	9,6	9,5	9,4
IV - Endócrinas/Imunitárias	4,7	4,6	4,9	4,9	5,1	5,4	5,2	5,3
XVIII - Mal Definidas	4,4	4,9	5,7	6,5	5,7	5,4	5,1	5
XI - Aparelho Digestivo	5,1	5	5	4,7	4,8	4,7	4,9	4,7
I - Infecto-Parasitárias	3,7	4	4	4,2	4	4,1	4,2	4,2
VI - Sistema Nervoso	1,4	1,6	1,7	1,8	1,9	2,1	2,3	2,6
XIV - Aparelho Geniturinário	1,3	1,5	1,5	1,4	1,5	1,5	1,6	1,8

Fonte: NIS/DAS/SES-RS

Observa-se, entre 1970 e 2007, no RS, significativo deslocamento da mortalidade proporcional para as faixas etárias mais altas, como resultado da redução da mortalidade na infância e do aumento da expectativa de vida. A publicação *Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações* constata que esta transição está mais adiantada na região Sul e ainda é incipiente nas regiões Norte e Nordeste (tabela 6).

Tabela 6 – Mortalidade Proporcional por Grupo Etário, RS, 1970, 1980, 1990, 2000 e 2007.

Grupo Etário	Período de Tempo				
	1970	1980	1990	2000	2007
Menor de 1 ano	18,8	14	6,6	3,9	2,3
de 1 a 4 anos	4,6	2,2	1,1	0,7	0,4
de 5 a 19 anos	3,9	3,7	2,9	2,1	1,8
de 20 a 49 anos	16,7	17,2	17,8	16,9	15,3
50 anos ou +	55	63	71,7	76,3	80,3

Fonte: NIS/DAS/SES-RS

Em menores de um ano, os óbitos concentraram-se no período perinatal, refletindo a ocorrência de fatores relacionados à gestação e ao parto. Na faixa de 1 ano de idade, as anomalias congênitas e as causas externas ficaram com as primeiras posições, sem estar, portanto, relacionadas, como há anos atrás, com a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas.

A mortalidade por causas externas (acidentes e violência) ocupou a 1ª posição na faixa etária de 2 a 39 anos de idade. A sua magnitude coloca-a como problema de saúde pública e será abordada mais detalhadamente ao longo deste texto.

As neoplasias e as doenças do aparelho circulatório aparecem, respectivamente, na 1ª e 2ª posições na faixa entre 40 e 59 anos. A partir da faixa de 60 anos, essa ordem inverte-se.

Em todas as idades, a mortalidade proporcional deveu-se, em 1º lugar, a doenças ligadas ao aparelho circulatório (30,2/1.000 habitantes), seguidas das neoplasias (20,5), doenças do aparelho circulatório e das causas externas (9,4) (tabela 7).

Tabela 7 - Mortalidade proporcional, principais capítulos do CID-10, por faixa etária, RS, 2007.

Faixa Etária	1ª POSIÇÃO	2ª POSIÇÃO	3ª POSIÇÃO	4ª POSIÇÃO
1 ano	Anomalias Congênicas 23,3	Causas Externas 23,3	Aparelho Respiratório 15,5	Infecciosas e Parasitárias 10,9
2 a 4	Causas Externas 29,9	Anomalias Congênicas 16,2	Aparelho Respiratório 15	Neoplasias 9,6
5 a 9	Causas Externas 30,3	Neoplasias 22,7	Anomalias Congênicas 11,9	Sistema Nervoso 5,9
10 a 14	Causas Externas 50,9	Neoplasias 13,5	Sistema Nervoso 6,9	Aparelho Respiratório 5,5
15 a 19	Causas Externas 71,8	Neoplasias 7,1	Sistema Nervoso 3,6	Aparelho Respiratório 3,2
20 a 29	Causas Externas 66	Infecciosas e Parasitárias 10,1	Neoplasias 6	Aparelho Circulatório 3,4
30 a 39	Causas Externas 37,4	Infecciosas e Parasitárias 18,9	Neoplasias 11,3	Aparelho Circulatório 8,7
40 a 49	Neoplasias 22,2	Causas Externas 19,3	Aparelho Circulatório 18,4	Infecciosas e Parasitárias 10,4
50 a 59	Neoplasias 29,4	Aparelho Circulatório 26,2	Causas Externas 8,5	Aparelho Respiratório 8,2
60 e mais	Aparelho Circulatório 36,7	Neoplasias 20,9	Aparelho Respiratório 15,2	Endócrinas e Metabólicas 6,1
Todas as Idades	Aparelho Circulatório 30,2	Neoplasias 20,5	Aparelho Respiratório 12,3	Causas Externas 9,4

Fonte: Estatísticas de Saúde – Mortalidade – SIM 2007, NIS/DAS/SES-RS

A tabela 7 mostra que, em crianças de 5 a 9 anos de idade, 22,7% dos casos de mortalidade infantil estão relacionados a neoplasias, segunda principal causa de mortalidade nesta faixa. Já para os idosos, a principal causa de mortalidade corresponde a complicações do sistema respiratório, responsável por 36,7% da mortalidade. Como segunda principal causa de mortalidade em idosos, as neoplasias são responsáveis por 20,9% da mortalidade. Não significa, entretanto, que ocorrem mais casos de neoplasias na faixa dos 5 a 9 anos de

idade do que em idosos; o que a tabela 7 sugere é que neoplasias correspondem a segunda principal causa de mortalidade em ambas as faixas etárias, com os percentuais apresentados acima.

O coeficiente de mortalidade infantil – CMI - foi de 12,72 /1.000 nascidos vivos em 2007. Destaca-se que o coeficiente de mortalidade perinatal foi de 15,43/1.000 nascidos vivos. A mortalidade neonatal precoce corresponde à taxa 5,95/1.000 habitantes no total de óbitos do estado (tabela 4). O coeficiente de mortalidade infantil manteve-se em decréscimo, caindo de 13,6 por mil nascidos vivos – NV - no ano de 2005 para 13,1, em 2006 e para 12,7, em 2007. O componente neonatal caiu de 9,1 para 8,8 e 8,2 por mil nascidos vivos, respectivamente, e o infantil tardio – CMIT - de 4,5 para 4,3, aumentando para 4,4 em 2007. No ano de 2007, treze regionais de saúde apresentaram diminuição do CMI em relação a 2005. Em seis, houve aumento. As regiões onde a queda foi mais acentuada foram as de Frederico Westphalen (19ª CRS) e Pelotas (3ª CRS), respectivamente, com diminuições de 5,5 e 4,8 por mil nascidos vivos.

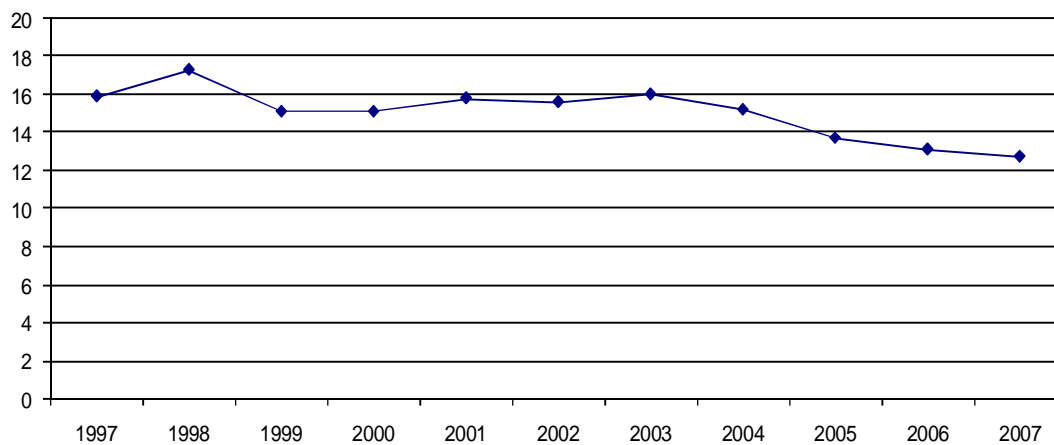
Por outro lado, a mortalidade infantil aumentou em seis regionais de saúde, sendo que a 8ª (Cachoeira do Sul) apresentou maior aumento, 4,3 por mil NV (tabela 8, gráfico 7). Constata-se, também, que a 16ª CRS, com sede em Lajeado, apresentou, em 2007, o mais baixo CMI dentre as CRS (9,6 por mil NV).

Tabela 8 - Comparação do coeficiente de mortalidade infantil, por CRS, 2005/2007 e coeficiente de mortalidade neonatal e infantil tardia, RS, 2007.

CRS	2005	2007			
	CMI	CMI	Diferença	CMN	CMIT
1 ^a	12,1	12,4	0,3	7,2	5,1
2 ^a	13,5	11	-2,5	6,8	4,2
3 ^a	17,5	11	-5,5	8	4,1
4 ^a	14,1	12	-2	8	4,1
5 ^a	13,6	10,9	-2,7	7,6	3,3
6 ^a	12,8	12,8	0	8,7	4,2
7 ^a	14,5	16,7	2,2	12,1	4,6
8 ^a	15,6	19,9	4,3	13,9	5,9
9 ^a	16,2	16,1	-0,1	13	3,1
10 ^a	18,6	18	-0,6	11,8	6,1
11 ^a	12,7	16,5	3,8	11,8	4,7
12 ^a	13,3	14,1	0,8	9,8	4,3
13 ^a	14,4	12,9	-1,5	8,6	4,3
14 ^a	13,7	11,6	-2,1	8,9	2,7
15 ^a	13,8	13,7	-0,1	10,7	3
16 ^a	12,3	9,6	-2,7	6,9	2,7
17 ^a	11,6	12,7	-1,1	8,6	4,1
18 ^a	11,8	12,6	0,8	9,5	3,2
19 ^a	17,5	12,7	-4,8	8,7	3,9
RS	13,6	12,7	-0,9	8,3	4,4

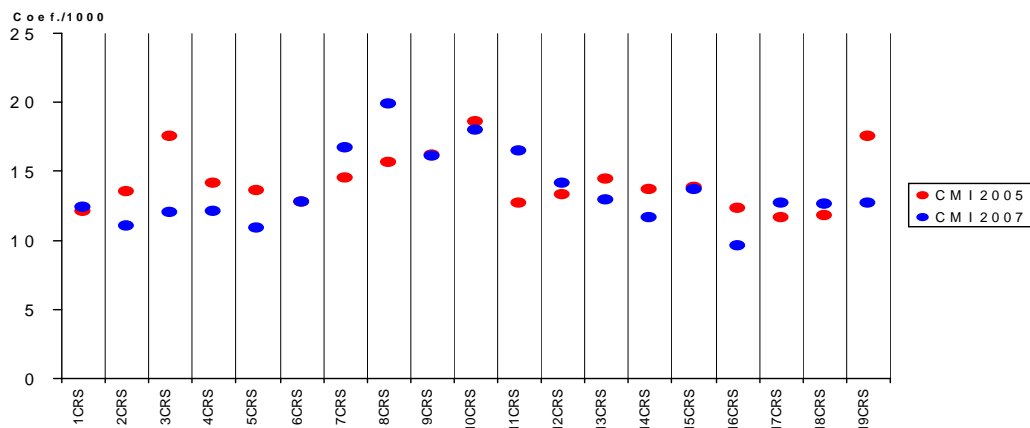
Fonte dos dados brutos: NIS/DAS/SES-RS

Gráfico 6 - Série Histórica do Coeficiente de Mortalidade Infantil, RS, 1997-2007.



Fonte dos dados brutos: NIS/DAS/SES-RS

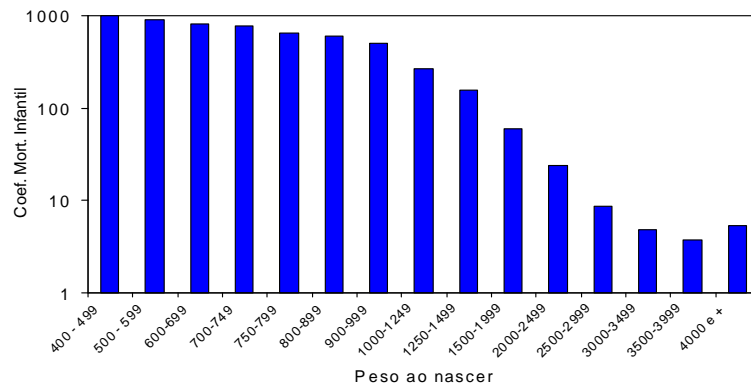
Gráfico 7 - Comparação entre o coeficiente de mortalidade infantil, por CRS, RS, 2005/2007.



Fonte dos dados brutos: NIS/DAS/SES-RS

Observa-se que a mortalidade infantil é inversamente proporcional ao peso ao nascer, ou seja, quanto menor o peso, maior a mortalidade (gráfico 8).

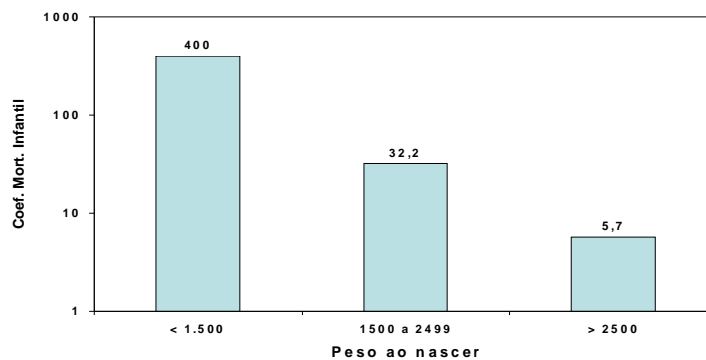
Gráfico 8 - Coeficiente de mortalidade infantil e peso ao nascer, RS, 2006.



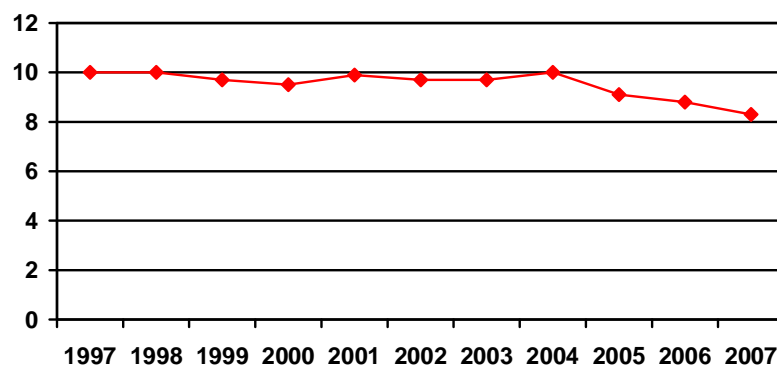
Fonte dos dados brutos: NIS/DAS/SES-RS

Constata-se que nos nascidos com menos de 1.500 gramas, a mortalidade infantil é de 400 por mil. Isso equivale dizer que 40% das crianças com muito baixo peso não ultrapassam um ano de vida. Nos nascidos vivos com 1.500 a 2.499 gramas, o CMI é 32,2 por mil, e nas crianças que nascem com 2.500 gramas ou mais, o CMI é de somente 5,7 por mil nascidos vivos (gráfico 8).

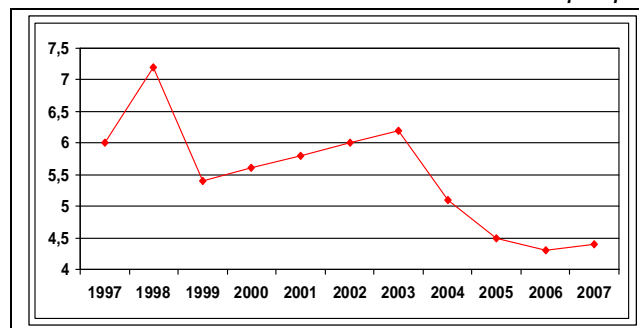
Gráfico 9 - Coeficiente de mortalidade infantil por grupos de peso ao nascer, RS, 2006.



Fonte dos dados brutos: NIS/DAS/SES-RS

Gráfico 10 - Coeficiente de mortalidade neonatal, RS, 1997-2007.

Fonte dos dados brutos: NIS/DAS/SES-RS

Gráfico 11 - Coeficiente de mortalidade infantil tardia, RS, 1997-2007.

Fonte dos dados brutos: NIS/DAS/SES-RS

A mortalidade neonatal precoce corresponde a 46,8% dos óbitos componentes da mortalidade infantil em 2007 (tabela 9). Observa-se um acréscimo percentual do componente neonatal precoce no período avaliado. A mortalidade neonatal tardia também apresenta acréscimo. Por outro lado, constata-se declínio acentuado e contínuo na mortalidade infantil tardia, comparando-se com os demais componentes. Por estar mais relacionada a fatores exógenos, como a qualidade da assistência prestada, as ações e políticas de proteção da saúde infantil implantadas, entre outros, sua diminuição ocorre em ritmo mais acentuado.

Tabela 9 – Percentual dos componentes de mortalidade infantil, RS, 1970, 1980, 1990 e 2007.

Componente	Período			
	1970	1980	1990	2007
Neonatal Precoce	25,9	36,5	42,3	46,8
Neonatal Tardia	15,5	13	19	18,3
Infantil Tardia	58,6	50,5	38,7	35

Fonte dos dados brutos: NIS/DAS/SES-RS

2.2 Doenças e Agravos Não-Transmissíveis

As doenças e agravos não-transmissíveis - DANTs, que abrangem as doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e causas externas, têm se caracterizado como relevante problema de saúde pública, principalmente por sua alta e crescente morbimortalidade, por suas interferências na qualidade de vida e pelo seu impacto na economia global.

Estudos realizados identificam que os principais fatores de risco para as doenças não-transmissíveis estão associados a padrões comportamentais, biológicos e socioeconômicos da população, como o sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo, estresse, hipertensão, diabetes e causas externas.

O impacto deste grupo de doenças se faz sentir com maior intensidade nos países em desenvolvimento como o Brasil, onde se tem observado, nas últimas décadas, uma evidente modificação do perfil de morbidade e mortalidade da população, caracterizada por diminuição da mortalidade atribuída às doenças infecciosas e parasitárias e progressivo aumento da mortalidade decorrente das DANTs. As justificativas aceitas para esta mudança são, entre outras, o processo de industrialização e urbanização da população, a diminuição da mortalidade infantil, a redução das taxas de natalidade e o aumento da expectativa de vida, assim como mudanças de hábitos e estilo de vida, com a conseqüente incorporação de fatores de risco comportamentais e ocupacionais.

No Brasil, no ano 2003, as doenças cardiovasculares, o câncer, as causas externas e diabetes foram responsáveis por quase 60% das mortes e por 76,7% das despesas com assistência hospitalar e ambulatorial no Sistema Único de Saúde - SUS. Já no Rio Grande do Sul, no mesmo período, foi registrado um percentual de 69,5% do total de óbitos causados pelas doenças não-transmissíveis, segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade do RS - SIM/RS.

Diante do cenário nacional, em julho de 2002, o Ministério da Saúde colocou em vigor a Portaria nº. 1.324, que constituiu uma comissão nacional com a finalidade de avaliar e definir diretrizes políticas voltadas à promoção da saúde e prevenção e controle das enfermidades não-transmissíveis, com vistas à redução da morbimortalidade destes agravos. Seguindo a tendência nacional, em janeiro de 2006, foi criado, no Centro Estadual de Vigilância em Saúde - CEVS, o Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos não-Transmissíveis, com o objetivo de realizar a vigilância das DANTs, bem como de seus fatores de risco, além de promover ações de enfrentamento.

Pela natureza da questão, a intersetorialidade é fundamental. O núcleo mantém interfaces com outros setores da secretaria como o Departamento de Ações em Saúde - DAS, Vigilância da Saúde do Trabalhador e a Vigilância Ambiental, assim como com a Secretaria do Trabalho e Cidadania e Assistência Social e Conselhos Tutelares. Nesse sentido, no segundo semestre de 2008, ocorreu a transferência da Seção de Doenças Crônico-degenerativas do DAS, incluindo o controle do tabagismo, para o NVDANTs da DVE, facilitando a integração das ações de vigilância e controle da área.

2.2.1 Doenças do Sistema Circulatório

As Doenças do Aparelho Circulatório - DAC - foram responsáveis, respectivamente, em 2006 e em 2007, por 21.612 e 22.597 mortes. Do total de mortes por DAC, 69% em 2006 e 68% em 2007, foram atribuídas à soma das mortes decorrentes de doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares. Os dados a seguir apresentados referem-se à análise da mortalidade decorrente de doença isquêmica do coração, infarto agudo do miocárdio - IAM - e doença cerebrovascular.

A análise dos coeficientes específicos de mortalidade por faixa etária, a saber, de 30 a 59 anos e de 60 anos e mais, permite observar que a mortalidade por doença isquêmica do

coração, em 2006, não apresentou modificação na faixa etária de 30 a 59 anos (de 36,9/100.000 em 2005 para 36,8/100.000 em 2006) e mostrou aumento mais expressivo na faixa etária de 60 anos e mais (de 519,2/100.000 em 2005 para 535,7/100.000 em 2006). Em 2007, comparado a 2006, observou-se diminuição de 1,2% na faixa de 30 a 59 anos (de 36,8/100.000 em 2006 para 36,4/100.000 em 2007), sem haver modificação significativa na faixa etária de 60 anos e mais (de 535,8 em 2006 para 538,8 em 2007).

No tocante aos coeficientes de mortalidade por infarto agudo do miocárdio - IAM, observou-se que, em 2006, comparado com 2005, não houve variação significativa na faixa etária de 30 a 59 anos (30,5/100.000 em 2005 e 30,3/100.000 em 2006) tendo havido aumento na faixa etária de 60 anos e mais (de 349,7/100.000 em 2005 para 371/100.000 em 2006). Em 2007, com relação a 2006, houve redução de 1% na faixa etária de 30 a 59 anos (de 30,3 em 2006 para 30,0 em 2007) sem modificação relevante na faixa etária de 60 anos e mais (de 371/100.000 em 2006 para 369/100.000 em 2007).

Quanto aos coeficientes específicos de mortalidade por doença cerebrovascular, observou-se que em 2006 houve diminuição em ambas as faixas etárias consideradas, tendo sido mais expressiva na faixa etária de 60 anos e mais, ou seja: de 29,2/100.000 em 2005 para 28,4/100.000 em 2006 na faixa etária de 30 a 59 anos e de 546,6/100.000 em 2005 para 531,2/100.000 em 2006 na faixa etária de 60 anos e mais. Em 2007, comparado a 2006, observou-se diminuição superior a 6% na faixa etária de 30 a 59 anos (de 38,4/100.000 em 2006 para 26,6/100.000 em 2007), sem alteração significativa na faixa etária de 60 anos e mais (de 531/100.000 em 2006 para 528/100.000 em 2007).

A análise comparativa da mortalidade por doença isquêmica do coração, nas CRS, permite observar que na faixa etária de 30 a 59 anos, oito CRS evidenciaram, em 2006, coeficientes maiores que o do estado, a saber: 1^a, 2^a, 3^a, 8^a, 10^a, 14^a, 15^a e 18^a. Em 2007, sete CRS mostraram coeficientes superiores ao do estado: 1^a, 2^a, 3^a, 7^a, 8^a, 10^a e a 18^a. Destas, a 18^a CRS apresentou o mais alto coeficiente do estado em 2006, e a 7^a CRS, em 2007. Dentre as CRS que apresentaram coeficientes menores que o do estado, a 11^a CRS foi a que apresentou o menor coeficiente nos dois anos analisados.

Quanto à mortalidade por IAM, nesta faixa etária, oito CRS em 2006 e nove em 2007 apresentaram coeficiente maior que a do estado, a saber: 1^a, 2^a, 3^a, 8^a, 10^a, 14^a, 16^a, 18^a e 1^a, 2^a, 3^a, 7^a, 8^a, 10^a, 14^a, 16^a e 18^a, respectivamente. A 18^a CRS e a 11^a CRS apresentaram o maior e o menor coeficiente do estado, respectivamente, em 2006 e 2007.

A análise da mortalidade por doença cerebrovascular, também nesta faixa etária, permite observar que, em 2006, oito CRS apresentaram coeficiente superior ao do Estado, a saber: 1^a, 2^a, 3^a, 7^a, 10^a, 13^a, 15^a e 18^a, sendo que a 10^a CRS apresentou o maior coeficiente do estado. Entre as CRS que apresentaram coeficiente inferior ao do estado, a 19^a CRS foi a que apresentou o menor. Em 2007, nove CRS evidenciaram coeficientes maiores que o do Estado: 1^a, 2^a, 3^a, 7^a, 8^a, 10^a, 13^a, 15^a e 18^a, sendo que a 10^a CRS manteve-se com o maior coeficiente do estado. Neste ano, a 16^a CRS foi a que apresentou o menor coeficiente estadual.

Na faixa etária de 60 anos e mais, podemos observar que, em 2006, dez CRS apresentaram o coeficiente de mortalidade por doença isquêmica do coração superior ao do estado, a saber: 1^a, 2^a, 3^a, 7^a, 8^a, 12^a, 13^a, 14^a, 17^a e 18^a. Destas, a 7^a CRS foi a que apresentou o maior coeficiente do estado e, dentre as com coeficiente inferior ao do estado, a 11^a CRS foi a que apresentou o menor. Em 2007, também dez CRS mostraram coeficiente superior ao do estado e foram: 1^a, 3^a, 7^a, 13^a, 14^a, 15^a, 16^a, 17^a, 18^a e 19^a. Neste ano, a 7^a CRS manteve-se com o maior coeficiente do estado e a 5^a CRS foi a que apresentou o menor.

Com relação à mortalidade por IAM, nesta faixa etária, em 2006 nove (9) CRS apresentaram coeficientes superiores ao do estado, a saber: 1^a, 3^a, 7^a, 10^a, 13^a, 14^a, 15^a, 17^a e 18^a sendo que a 14^a CRS apresentou o maior coeficiente do estado e, dentre as com coeficiente inferior ao do estado, a 11^a CRS apresentou o menor. Em 2007, onze CRS apresentaram coeficientes acima do encontrado para o Estado: 1^a, 3^a, 7^a, 8^a, 12^a, 13^a, 14^a, 15^a, 17^a, 18^a e 19^a. A 7^a CRS teve o maior coeficiente do estado e a 5^a CRS teve o menor.

Quanto à mortalidade por doença cerebrovascular, também nesta faixa etária e em 2006, oito CRS apresentaram coeficiente acima do atingido pelo estado: 1^a, 3^a, 4^a, 9^a, 10^a, 13^a, 14^a e 17^a. A 4^a CRS foi a que apresentou o maior coeficiente do estado, e a 12^a apresentou o menor. Em 2007, nove (9) CRS evidenciaram coeficientes maiores que o do Estado, a saber: 1^a, 3^a, 4^a, 7^a, 8^a, 9^a, 13^a, 14^a e a 15^a. Neste ano, a 7^a CRS apresentou o maior coeficiente entre as CRS e a 11^a CRS o menor.

2.2.2 Neoplasias

Coefficiente de mortalidade por neoplasias

Manteve-se o aumento da mortalidade por neoplasias em ambos os sexos, passando o coeficiente específico de mortalidade de 134,4, em 2005, para 138,4 por 100.000 habitantes em 2006 e repetindo-se o coeficiente em 2007. Isto representou um aumento de quatro óbitos por neoplasias para cada 100.000 habitantes. A 19ª, a 10ª, a 6ª a 14ª e a 3ª CRS foram as que apresentaram maior aumento no período 2005 a 2007 (tabela 10). As maiores quedas foram observadas na 9ª, 8ª, 7ª, 4ª e 15ª CRS.

Tabela 10 - Comparação do Coeficiente Específico de Mortalidade por Neoplasias por CRS, RS, 2005, 2006 e 2007.

Ano	2005	2006	2007	Dif.2005-2006	Dif.2006-2007	Dif.2005-2007
Estado RS	134,4	138,4	138,4	4,0	0,0	4,00
Porto Alegre 01	130,5	133,4	132,61	2,9	-0,8	2,11
Porto Alegre 02	117,6	124,0	124,96	6,4	1,0	7,36
Pelotas	160,7	166,6	171,29	5,9	4,7	10,59
Santa Maria	150,7	144,2	145,30	-6,5	1,1	(5,40)
Caxias do Sul	120,4	135,4	127,26	15,0	-8,1	6,86
Passo Fundo	128,7	140,0	137,82	11,3	-2,2	9,12
Bagé	168,5	167,3	156,61	-1,2	-10,7	(11,89)
Cachoeira do Sul	168,7	160,4	158,00	-8,3	-2,4	(10,70)
Cruz Alta	153,3	143,3	136,20	-10,0	-7,1	(17,10)
Alegrete	138,1	139,3	147,61	1,2	8,3	9,51
Erechim	137,2	140,2	140,14	3,0	-0,1	2,94
Santo Ângelo	128,7	130,2	130,05	1,5	-0,1	1,35
Santa Cruz	136,4	139,5	147,53	3,1	8,0	11,13
<u>Santa Rosa</u>	134,5	141,9	143,44	7,4	1,5	8,94
Palmeira das Missões	137,7	132,2	125,36	-5,5	-6,8	(12,34)
Lajeado	136,5	135,2	140,05	-1,3	4,8	3,55
Ijuí	145,2	154,4	146,65	9,2	-7,8	1,45
Osório	117,8	114,4	124,69	-3,4	10,3	6,89
Frederico Westphalen	113,2	130,7	137,02	17,5	6,3	23,82

Fonte: NIS/DAS/SES-RS

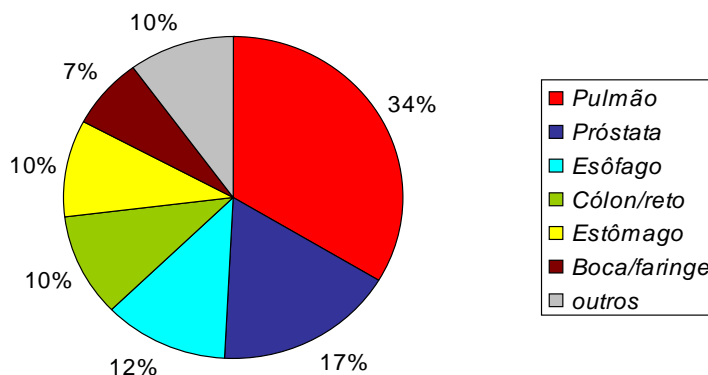
Coeficiente de mortalidade por neoplasias, por sexo

O coeficiente de mortalidade por neoplasias manteve a tendência de aumento observada no período 2000 a 2005, passando, no sexo masculino, a 155,6 por 100.000 em 2006 e a 157,9 por 100.000 em 2007 e, no feminino, a 120,00 por 100.000 em 2006, tendo discreta diminuição para 119,63 por 100.000 em 2007.

No sexo masculino, a mortalidade por câncer de pulmão continuou em primeiro lugar nos anos de 2006 e 2007, representando 33,6 % do total de óbitos. Entretanto, o câncer de próstata é o que tem apresentando maior aumento na mortalidade por neoplasias,

representando 17,3 % do total. Seguem as taxas mortalidade por câncer de esôfago, cólon/reto e estômago, este último apresentando diminuição (gráfico 12).

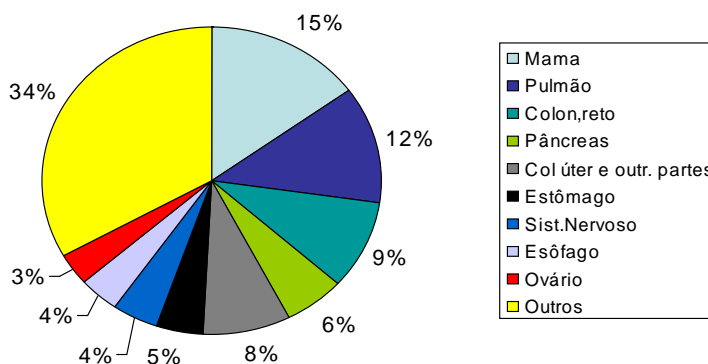
Gráfico 12 - Mortalidade Proporcional por neoplasias, sexo masculino, RS, 2006.



Fonte: NIS/DAS/SES-RS

No sexo feminino, a neoplasia de mama é responsável por 15% dos óbitos de câncer, e a de pulmão representa 12%, vindo a seguir o câncer de cólon e reto com 9% e a neoplasia de colo de útero com 8% (gráfico 13).

Gráfico 13 - Mortalidade Proporcional por neoplasias, sexo feminino, RS, 2006.



Fonte: NIS/DAS/SES-RS

Uma análise do coeficiente específico de mortalidade pelos principais tipos de neoplasias, por sexo e grupo etário, no estado, para o ano de 2007 (tabela 11), demonstra, no sexo feminino, se comparado à mortalidade em grupos de dez anos de idade, o aumento do risco de morrer por câncer à medida que aumenta a idade para quase todas as causas, exceção feita ao câncer de colo de útero, cuja mortalidade é mais baixa no grupo de 80 anos e mais. Utilizando os grupos etários pactuados (20 a 39, 40 a 59 e 60 e mais), observa-se que continua a tendência de queda observada em 2005 para o grupo de 40 a 59 anos (gráfico 14).

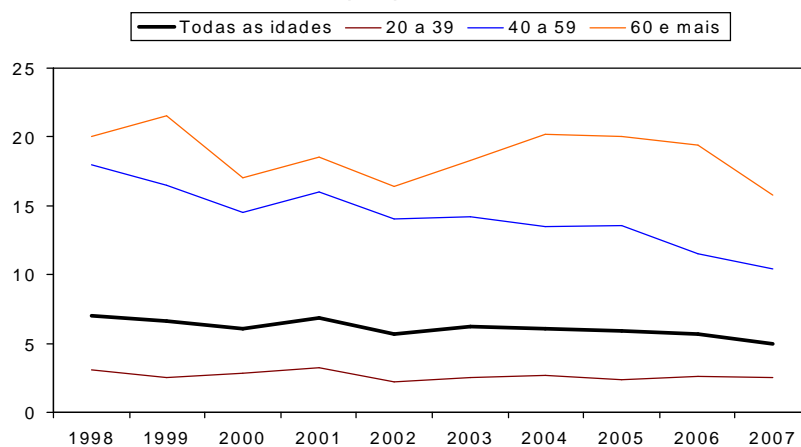
A mortalidade por câncer é menor nos grupos jovens. Neles, a causa de morte mais frequente, no ano de 2007, foi a leucemia, que é a principal causa de mortalidade em crianças e adolescentes, mas também aumenta com a idade (tabela 11).

Tabela 11 - Coeficiente de mortalidade por algumas neoplasias, segundo tipo, grupo etário e sexo, RS, 2007.

Coef. Neo por idade e sex	<1	Ano1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e+	Total
Coef. Neo mama	0	-	-	-	-	0,46	5,91	19,57	49,10	61,70	93,17	171,64	18,29
Coef. Neo próstata	0	-	-	-	-	0,11	-	0,98	8,48	59,01	250,02	747,99	17,34
Coef. Neo pulmão masc	0	-	-	-	-	0,46	1,19	14,72	74,18	211,00	377,43	377,23	33,68
Coef. Neopulmão fem	0	-	-	-	-	-	1,48	9,32	28,17	73,36	99,79	133,75	14,60
Coef. Neo colo útero	-	-	-	-	0,20	1,14	4,09	7,72	17,02	19,34	21,28	15,60	5,71
Coef. Neo cólon reto masc	-	-	0,21	-	-	0,46	1,54	4,21	21,62	52,84	120,56	217,71	10,81
Coef. Neo cólon reto fem	-	-	-	-	-	0,68	2,04	5,99	15,85	39,24	80,87	199,51	11,42
Coef. Neo cólon reto total	-	-	0,10	-	-	0,57	1,80	5,12	18,62	45,40	97,08	205,71	11,12
Coef. Neo estômago masc	-	-	-	-	0,19	0,11	0,59	3,23	8,48	22,64	65,07	170,29	5,77
Coef. Neo estômago fem	-	-	-	-	0,20	0,11	0,57	3,06	7,83	18,77	44,93	88,05	5,55
Coef. Neo estômago total	-	-	-	-	0,10	0,06	0,87	4,30	14,14	33,27	72,18	121,22	7,81
Coef. Neo esôfago masc	-	-	-	-	-	-	1,07	8,55	33,91	72,39	99,32	137,96	12,09
Coef. Neo esôfago fem	-	-	-	-	-	-	0,34	3,06	9,39	16,78	31,69	57,96	4,51
Coef. Neo esôfago total	-	-	-	-	-	-	0,70	5,74	21,16	41,98	59,31	85,22	8,23
Coef. leucemia masc	4,24	1,06	1,03	1,40	1,71	1,82	1,30	3,09	5,93	16,47	41,10	90,53	4,74
Coef. Leucemia fem	-	1,38	0,85	1,04	1,37	1,37	2,16	2,26	4,89	9,10	25,07	45,70	3,94
Coef. Leucemia total	2,13	1,22	0,94	1,22	1,54	1,60	1,74	2,66	5,39	12,44	31,61	60,98	4,33

Fonte: NIS/DAS/SES-RS

Gráfico 14 - Coeficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero, total e por faixa etária, RS, 1998-2007.



Fonte: NIS/DAS/SES-RS

Mantém-se a tendência de aumento do câncer de pulmão nas mulheres, ao contrário da estabilidade desta causa no sexo masculino. Há também aumento na mortalidade por neoplasia de cólon, reto e ânus nas mulheres, sendo a mais alta taxa de mortalidade na faixa de 80 e mais. Segue a queda na mortalidade por câncer de colo útero, principalmente no

grupo etário de 40 a 59 anos, além de se observar também uma pequena diminuição na mortalidade por câncer de estômago (tabelas 12 e 13).

Tabela 12 - Coeficiente de mortalidade pelos principais tipos de câncer do sexo feminino, RS, 2005-2007.

CAUSA	2005	2006	2007
Neoplasia maligna da mama	17,1	18,3	18,11
Neoplasia maligna da traquéia, brônquios e pulmões	14,2	14,6	15,65
Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus	10,9	10,4	10,78
Neoplasia maligna do pâncreas	6,6	7,2	7,08
Neoplasia maligna do estômago	5,8	5,5	5,33
Neoplasia maligna do colo do útero	5,9	5,7	4,99

Fonte: DATASUS/MS; NIS/DAS/SES-RS

No sexo masculino, o câncer de pulmão mantém-se como o de mais alta mortalidade; entretanto, é o de próstata que mais vem aumentando, ao contrário do câncer de pulmão, cuja tendência é de estabilidade nos últimos anos (tabela 13), o que já havia sido observado em 2005. Manteve-se a tendência de queda no coeficiente de mortalidade por neoplasia de estômago, de 10,18 em 2007. Também continuou a diminuir a mortalidade por câncer de cólon e reto, observando-se estabilidade para o câncer de pulmão e aumento para a mortalidade por câncer de esôfago e próstata. Examinando-se por faixas etárias, observa-se um aumento à medida que avança a idade para todos os tipos. A mortalidade por câncer de pulmão é mais alta em quase todos os grupos de idade, menos no grupo de 80 e mais, onde é mais alta a mortalidade por câncer de próstata.

Tabela 13 - Coeficiente de mortalidade pelos principais tipos de câncer do sexo masculino, RS, 2005-2007.

CAUSA	2005	2006	2007
Neoplasia maligna da traquéia, brônquios e pulmões	34,63	33,68	34,69
Neoplasia maligna de próstata	16,57	17,34	16,86
Neoplasia maligna de esôfago	12,92	12,09	13,29
Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus	10,91	10,81	10,46
Neoplasia maligna do estômago	10,78	10,16	10,18

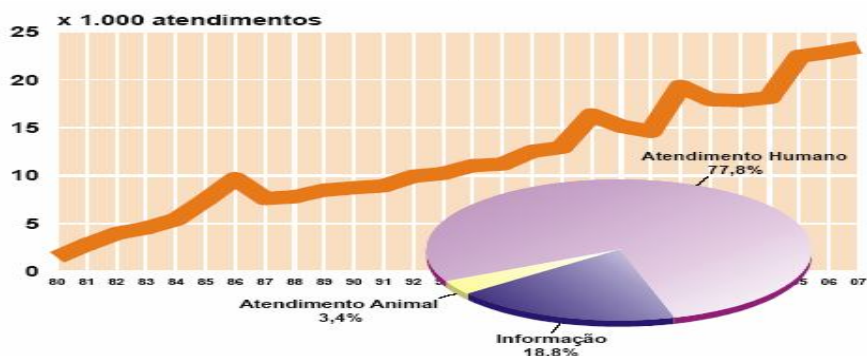
Fonte: DATASUS/MS; NIS/DAS/SES-RS

2.2.3 Informações Toxicológicas

As informações toxicológicas são organizadas pela Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde – FEPPS - através do Centro de Informação Toxicológica - CIT/RS, que tem por objetivo principal prestar assessoria e orientação em caso de acidentes tóxicos. O CIT possui uma equipe multidisciplinar de profissionais prestando serviços em regime de plantão permanente, 24 horas por dia. São desenvolvidas várias atividades em conjunto com outras instituições públicas e privadas estaduais, nacionais e internacionais. Produziu a primeira e única base de dados em toxicologia de urgência (monografias técnicas) no país para uso da Rede Nacional de Centros de Informação, Controle e Atendimento Toxicológico. Desenvolvido através de convênio com o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas da Fundação Oswaldo Cruz - Ministério da Saúde, esse material é utilizado como informação técnica de emergência nos 32 centros existentes, responsáveis por mais de 100.000 atendimentos em todo o país.

Observando-se os dados coletados no período de 1980 a 2007, verifica-se um crescimento constante e acentuado nos atendimentos realizados (gráfico 15), sendo que a grande maioria está relacionada a vítimas humanas (77,8% dos atendimentos).

Gráfico 15 – Total de solicitações toxicológicas atendidas pelo CIT, RS, 1980-2007.



Fonte: Toxicovigilância Toxicológica Clínica. FEPPS/CIT/SES, 2005, 2006, 2007

Nos últimos oito anos (2000 a 2007), houve predomínio dos atendimentos humanos (83,5%), enquanto que os pedidos de informação situam-se em torno de um oitavo do total (12,8%). Em 2007, os grupos de agentes responsáveis pelo maior número de atendimentos foram os animais peçonhentos (29,4%) e medicamentos (27,8%), conforme se observa na tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição por tipo de atendimento realizado pelo CIT, RS, 2007.

GRUPO DE AGENTES	ATENDIMENTOS HUMANOS	ATENDIMENTOS ANIMAIS	INFORMAÇÃO	TOTAL	%
Medicamentos	6.065	95	362	6.522	27,8
Agrotóxicos	894	76	92	1.062	4,5
Inseticidas de uso doméstico	776	145	111	1.032	4,4
Produtos de uso veterinário	265	117	18	400	1,7
Raticidas	521	115	22	658	2,8
Saneantes domissanitários	1.663	69	49	1.781	7,6
Cosméticos e higiene pessoal	274	3	19	296	1,3
Produtos químicos industriais	1.218	30	86	1.334	5,7
Metais	35	1	18	54	0,2
Drogas de abuso	141	3	45	189	0,8
Plantas	398	69	90	557	2,4
Alimentos	19	1	21	41	0,2
Animais peçonhentos	6.085	93	704	6.882	29,4
Animais não peçonhentos	628	11	295	934	4,0
Associação de grupos	486	15	23	524	2,2
Outros agentes	285	18	161	464	2,0
Agentes não determinados	584	79	28	691	3,0
TOTAL	20.337	940	2.144	23.421	100,0
%	83,5	3,7	12,8	100,0	

-- : Dado numérico igual a zero

Fonte: Toxicovigilância Toxicológica Clínica. FEPPS/CIT/SES, 2007

Na distribuição mensal de atendimentos (tabela 15), observa-se maior volume nos meses quentes em relação aos meses frios. Este comportamento está relacionado ao aumento do número de vítimas humanas expostas a animais peçonhentos, agrotóxicos e inseticidas de uso doméstico nestes períodos.

Tabela 15 – Distribuição mensal dos atendimentos toxicológicos prestados pelo CIT, RS, 2007.

MÊS	TOTAL	%
Janeiro	2533	10,8%
Fevereiro	2178	9,3%
Março	2450	10,5%
Abril	2119	9,0%
Mai	1565	6,7%
Junho	1345	5,7%
Julho	1241	5,3%
Agosto	1462	6,2%
Setembro	1681	7,2%
Outubro	2037	8,7%
Novembro	2174	9,3%
Dezembro	2636	11,3%
TOTAL	23421	100,0%

Fonte: Toxicovigilância Toxicológica Clínica. FEPPS/CIT/SES-RS, 2007

A maioria dos atendimentos foi solicitada por profissionais da área de saúde (77,7%), em especial por médicos (63,3%), seguidos da população em geral (18,0%). As principais circunstâncias destes atendimentos foram os acidentes individuais (61,7%), seguidos das tentativas de suicídio (18,6%) e dos acidentes ocupacionais (8,5%). A distribuição por faixa etária apresenta predominância de atendimento a pacientes na faixa etária de 01 a 04 anos (23,8%), seguida da faixa etária de 20 a 29 anos (17,1%) e da faixa etária de 30 a 39 anos (13,4%). Verifica-se predominância de atendimentos a pacientes do sexo feminino no grupo de medicamentos (64,6%) e do sexo masculino nos grupos de drogas de abuso (64,5%), agrotóxicos (75,3%) e de produtos químicos industriais (64,9%). Na distribuição dos atendimentos humanos por circunstância do atendimento por sexo do paciente (tabela 16), verifica-se predominância do sexo masculino nos acidentes ocupacionais (78,4%) e abuso (71,4%) e do sexo feminino nos atendimentos classificados como tentativas de suicídio (71,8%) e automedicação (64,4%).

Tabela 16 - Atendimentos Humanos, por Circunstância da Exposição e Sexo prestados pelo CIT, RS, 2007.

CIRCUNSTÂNCIA	MASCULINO	FEMININO	ND	TOTAL
Acidental Individual	6.515	6.016	22	12.553
Acidental Coletivo	67	73	15	155
Acidental Ambiental	07	03	--	10
Acidental Ocupacional	1.348	368	04	1.720
Uso Terapêutico	126	158	01	285
Prescrição Médica Inadequada	06	05	--	11
Erro de Administração	197	252	01	450
Auto Medicação	47	87	01	135
Abstinência	04	--	--	04
Abuso	140	54	02	196
Ingestão de Alimentos	06	13	--	19
Tentativa de Suicídio	1.066	2.723	02	3.791
Tentativa de Aborto	--	11	--	11
Violência / Homicídio	11	08	01	20
Uso Indevido	109	125	02	236
Outras	18	47	--	65
Não Determinado	311	356	09	676
TOTAL	9.978	10.299	60	20.337

Fonte: Toxicovigilância Toxicológica Clínica. FEPPS/CIT/SES-RS, 2007

No cruzamento dos dados relacionados ao local de exposição com gravidade do acidente (tabela 17), verifica-se que a grande maioria dos envenenamentos classificados como graves ocorrem dentro de casa (48,0%), seguidos dos ambientes externos (21,9%).

Tabela 17 – Distribuição dos acidentes humanos por local de exposição, pela gravidade do acidente (avaliação da ocorrência) prestado pelo CIT, RS, 2007.

LOCAL EXPOSIÇÃO	TOTAL	LEVE	%	MODERADO	%	GRAVE	%	OUTROS	%
Residência	14.673	6.120	70,2	1.719	63,1	261	48,0	6.573	78,7
Ambiente Externo	2.495	1.358	15,6	377	13,8	119	21,9	641	7,7
Ambiente de Trabalho	1.809	806	9,2	439	16,1	87	16,0	477	5,7
Escola / Creche	100	72	0,8	05	0,2	--	--	23	0,3
Serviço de Saúde	141	22	0,3	20	0,7	05	0,9	94	1,1
Espaço Público	175	83	1,0	27	1,0	10	1,8	55	0,7
Outro Locais	123	56	0,6	22	0,8	08	1,5	37	0,4
Não Determinado	821	197	2,3	116	4,3	54	9,9	454	5,4
TOTAL	20.337	8.714	100,0	2.725	100,0	544	100,0	8.354	100,0

Fonte: Toxicovigilância Toxicológica Clínica. FEPPS/CIT/SES-RS, 2007

No Estado do Rio Grande do Sul, em termos absolutos, a área compreendida pela 1ª CRS representa 42,2% dos atendimentos humanos, seguida da área compreendida pela 5ª CRS, com sede no município de Caxias do Sul, com 11,0%. Em valores proporcionais, a 1ª CRS apresentou uma proporção de 223,2 atendimentos por 100.000 habitantes, seguida da área compreendida pela 3ª CRS, com sede no município de Pelotas, com 206,9 atendimentos por 100.000 habitantes, e pela 5ª CRS, com sede no município de Caxias do Sul, com 203,8 atendimentos por 100.000 habitantes. Considerando-se o local da solicitação (tabela 18), 80,26% dos atendimentos foram originados de unidades médicas (hospitais, clínicas, unidades básicas de saúde, consultórios e ambulatórios), seguidos de 16,6% de residências,

evidenciando que uma grande parcela da população ainda não utiliza, provavelmente por desconhecimento, os serviços disponibilizados.

Tabela 18 – Distribuição dos atendimentos toxicológicos humanos por local de solicitação, RS, 2007.

LOCAL ATENDIMENTO	TOTAL	%
Hospitais / Clínicas	12.854	63,2
Residências	3.380	16,6
Unidades Básicas de Saúde	2.837	13,9
Consultórios / Ambulatórios	632	3,1
Local de Trabalho	220	1,1
Outros Serviços Públicos	47	0,2
Outros	341	1,7
Não Determinado	26	0,1
TOTAL	20.337	100,0

Fonte: Toxicovigilância Toxicológica Clínica. FEPPS/CIT/SES-RS, 2007

Quanto aos atendimentos realizados, cabe destacar ainda:

- no grupo dos medicamentos, o atendimento é precoce, ou seja, ocorre no período de até uma hora entre o acidente e o atendimento (46,8%);
- os atendimentos de acidentes tóxicos com vítima humana na faixa etária menor que cinco anos de idade ocorrem regularmente durante todo o ano;
- dos atendimentos realizados no ano de 2007, 58,8% foram classificados como intoxicações e 31,4%, como exposições. Os demais foram devidos a diagnóstico diferencial e reações adversas;
- do total de atendimentos humanos, 42,8% foram classificados como envenenamento leve, 13,4 como moderado e 2,7% como envenenamento grave;
- com relação à evolução dos atendimentos humanos (tabela 19), a grande maioria evoluiu para cura (84,7%), mas foram registrados 31 óbitos no período;
- os grupos mais envolvidos com o registro de óbitos foram os agrotóxicos de uso agrícola (45,2%) e os medicamentos (29,0%).

Tabela 19 – Distribuição dos atendimentos toxicológicos humanos por evolução, RS, 2007.

GRUPO DE AGENTES	TOTAL	ÓBITOS
Medicamentos	6.065	09
Agrotóxicos	894	14
Inseticidas de uso doméstico	776	--
Produtos de uso veterinário	265	02
Raticidas	521	--
Saneantes domissanitários	1.663	--
Cosméticos e higiene pessoal	274	--
Produtos químicos industriais	1.218	03
Metais	35	--
Drogas de abuso	141	01
Plantas / fungos	398	--
Alimentos	19	--
Animais peçonhentos	6.085	--
Animais não peçonhentos	628	--
Associação de grupos	486	02
Outros agentes	285	--
Agentes não determinados	584	--
TOTAL	20.337	31

Fonte: Toxicovigilância Toxicológica Clínica. FEPPS/CIT/SES-RS, 2007

Cabe salientar a relação atendimentos/óbitos registrados no grupo de agrotóxicos. Esse grupo respondeu por 4,4% do total de atendimentos humanos no período e 45,2% dos óbitos registrados.

Os acidentes com animais peçonhentos representaram 29,9% do total de atendimentos humanos realizados no período pela FEPPS/CIT/RS. Os principais acidentes são os que envolvem aracnídeos (31,5%) e ofídios (18,7%). Se considerarmos a utilização de soros antivenenos, verificamos que ela ocorreu em 91,4% dos acidentes com ofídios, 34,8% dos acidentes com *Lonomia* e 14,3% dos acidentes com aracnídeos.

No ano de 2008, foram realizados 21.578 atendimentos em vigilância toxicológica e 3.607 análises toxicológicas de emergência. Além disso, também foram desenvolvidas ações de prevenção e de educação com 19.608 pessoas sensibilizadas, 2.442 multiplicadores capacitados e 631 solicitações de informações técnicas prestadas (usuários informados).

Os registros, depois de cadastrados eletronicamente, recebem um tratamento estatístico que permite identificar tendências epidemiológicas que podem ser usadas em diferentes programas. Os registros relacionados com acidentes com animais peçonhentos, por exemplo, permitem reconhecer regiões de risco, características epidemiológicas das ocorrências e demanda de uso de soros específicos nestes casos. Todos esses dados podem orientar o Programa Estadual de Distribuição de Imunobiológicos, que inclui os soros para tratamento de acidentes com animais peçonhentos. Os dados de um produto (ex. agrotóxico, medicamento) reconhecido como causa principal de intoxicações servem de subsídio para orientar medidas preventivas focadas, por exemplo, no tipo de embalagem, processo de comercialização entre outros.

2.3 Doenças Transmissíveis Agudas

A vigilância dessas doenças se dá a partir de sistemas de informação de base nacional alimentados por todos os municípios, como o SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação, o SIAPI – Sistema de Informação do Programa de Imunizações, e o SISFAD – Sistema de Informações de Febre Amarela e Dengue. Também têm papel fundamental o Sistema de Mortalidade - SIM - e o Sistema de Nascidos Vivos - SINASC.

Os dados obtidos do SINAN, que constitui o maior sistema para acompanhamento de doenças no país, registram entre 70 e 80 notificações anuais de casos suspeitos de DNC e outros agravos de interesse nacional, informados pela grande maioria dos municípios do estado (em torno de 95 a 97% do total). O maior número de notificações geralmente corresponde a atendimentos antirrábicos, seguido de varicela, hepatites virais e tuberculose. No ano de 2007, pela ocorrência de surto de rubéola, as notificações mais frequentes foram atendimento antirrábico, varicela, hepatites virais e doenças exantemáticas.

O Rio Grande do Sul apresentou grande diminuição da morbimortalidade por doenças transmissíveis nas últimas décadas, especialmente das imunopreveníveis, com o desenvolvimento do Programa de Imunizações ao longo de três décadas. Alcançou-se a erradicação da varíola nos anos 70, a erradicação regional da poliomielite desde 1984 e a eliminação do sarampo (os últimos casos confirmados dessa doença no estado foram registrados em 1999). Outras doenças imunopreveníveis estão controladas, com baixa incidência anual, entre as quais a difteria, a coqueluche e o tétano, sendo que os dois últimos casos de tétano neonatal ocorreram no ano de 2003.

As doenças imunopreveníveis constituem-se em um grupo de doenças para as quais se dispõe de instrumentos de prevenção e controle, que são as vacinas do Programa Nacional de Imunizações. Constata-se, nas respectivas séries históricas, que o alcance e a manutenção de altas coberturas vacinais vêm garantindo o controle/eliminação dessas doenças. Porém, torna-se um desafio manter a sensibilidade do sistema de vigilância para garantir identificação oportuna de casos suspeitos e implementação de coberturas vacinais que evitem o acúmulo de pessoas suscetíveis e a reintrodução das doenças, aumento de incidência e/ou ocorrência de surtos.

Entretanto, dentro de um contexto de urbanização acelerada, de mudanças ambientais e climáticas, de mobilidade populacional e de avanços tecnológicos, o RS tem

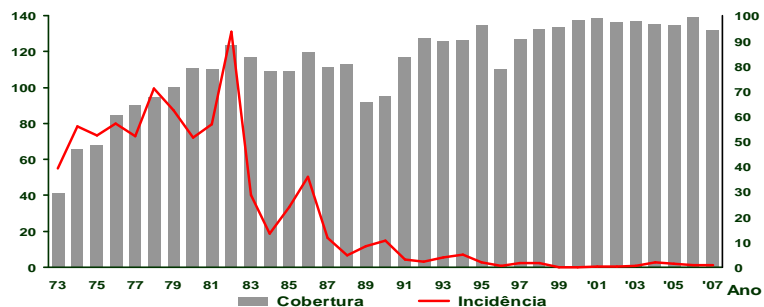
enfrentado a emergência e/ou reemergência de doenças infecciosas que impõem um grande desafio ao Sistema de Vigilância Estadual. O surto de dengue autóctone de 2007, o recrudescimento da febre amarela silvestre desde dezembro de 2008 e a leishmaniose visceral autóctone são exemplos do novo cenário epidemiológico do RS.

Apresenta-se, a seguir, a situação das principais doenças que são foco de ações de vigilância epidemiológica.

2.3.2 Coqueluche, Difteria e Tétano

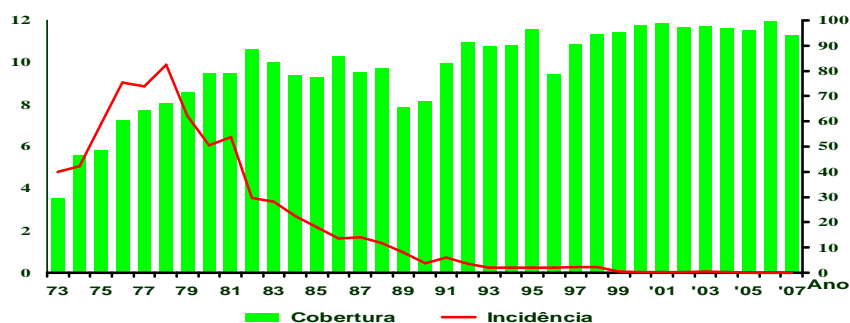
A coqueluche, a difteria e o tétano apresentam-se em níveis de controle, consequência das altas coberturas vacinais atingidas ao longo das últimas duas décadas (gráficos 16, 17 e 18). Em relação à coqueluche, contudo, constata-se que, após um período de taxas decrescentes, a partir do ano 2000 a incidência progressivamente aumentou no Rio Grande do Sul, com pico em 2004. Uma das explicações para o aumento de casos entre as crianças, em populações com coberturas vacinais elevadas como as nossas, é a ocorrência da doença em indivíduos mais velhos, que serviriam como fonte de transmissão, mantendo a bactéria circulante na comunidade. Tal fato seria decorrente da provável diminuição da imunidade induzida pela vacinação ao longo dos anos. Esse recrudescimento da coqueluche levou à implementação da vigilância da doença, com estabelecimento de diagnóstico laboratorial para confirmação de casos e segundo reforço da vacina DPT.

Gráfico 16 - Coeficiente de incidência da coqueluche por 100.000 hab. e cobertura vacinal em menores de 1 ano, RS, 1973-2007.



Fonte: SINAN/API/DVE/CEVS/SES-RS

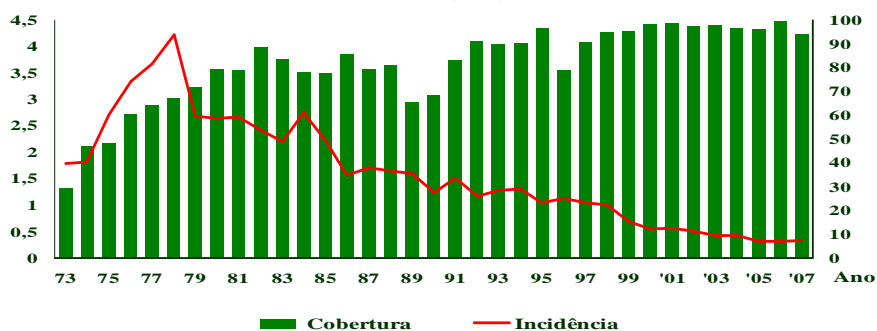
Gráfico 17 - Coeficiente de incidência da difteria por 100.000 hab. e cobertura vacinal em menores de 1 ano, RS, 1973-2007.



Fonte: SINAN/API/DVE/CEVS/SES-RS

O número de casos de tétano acidental vem diminuindo progressivamente pela vacinação de rotina de menores de um ano e de grupos de risco para a doença. Deve ter contribuído para essa queda de incidência a inclusão da oferta de vacina dupla adulto para a população idosa durante as campanhas anuais de vacinação contra a influenza. A implementação da vacinação contra o tétano no pré-natal e na população de mulheres em idade fértil vem garantindo a busca da eliminação do tétano neonatal: não há registro de casos no RS desde o ano de 2004.

Gráfico 18 - Coeficiente de incidência do tétano por 100.000 hab. e cobertura vacinal em menores de 1 ano, RS, 1973-2007.



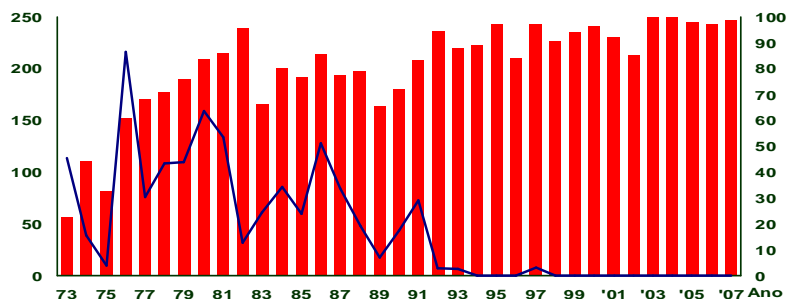
Fonte: SINAN/API/DVE/CEVS/SES-RS

2.3.3 Doenças Exantemáticas

As doenças exantemáticas sob vigilância são o sarampo e a rubéola, as quais se encontravam, respectivamente, em situação de erradicação regional e eliminação no RS. Os últimos casos de sarampo autóctone no RS foram registrados em 1999, como consequência das ações desenvolvidas dentro do compromisso nacional com o Plano de Erradicação do Sarampo nas Américas (gráfico 19). Contudo, é fundamental a manutenção de uma vigilância ativa, pois o risco de reintrodução da doença persiste a partir de casos importados de outros estados brasileiros ou de outros países onde a circulação do vírus se mantém.

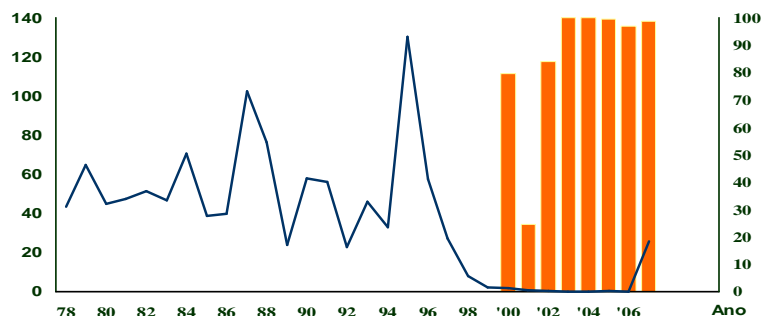
O Estado do Rio Grande do Sul tem alcançado coberturas vacinais adequadas com a vacina contra o sarampo e rubéola (dupla e tríplice viral), registrando, desde 2003, uma incidência da rubéola em níveis de eliminação ($< 0,5/100.000$ habitantes) (gráfico 20).

Gráfico 19 - Coeficiente de incidência/100.000 hab. de sarampo e cobertura vacinal em crianças de um ano, RS, 1973-2007.



Fonte: SINAN/API/DVE/CEVS/SES-RS

Gráfico 20 - Coeficiente de incidência/100.000 hab. da rubéola e cobertura vacinal em crianças de um ano, RS, 1978-2007.



Fonte: SINAN/API/DVE/CEVS/SES-RS

Entretanto, a partir de maio de 2007, o RS enfrentou surto de rubéola, com registro de 2.851 casos confirmados da doença distribuídos praticamente em todas as 19 CRS como consequência da ocorrência de surtos em outros estados brasileiros a partir de 2006, destacando-se Minas Gerais e Rio de Janeiro.

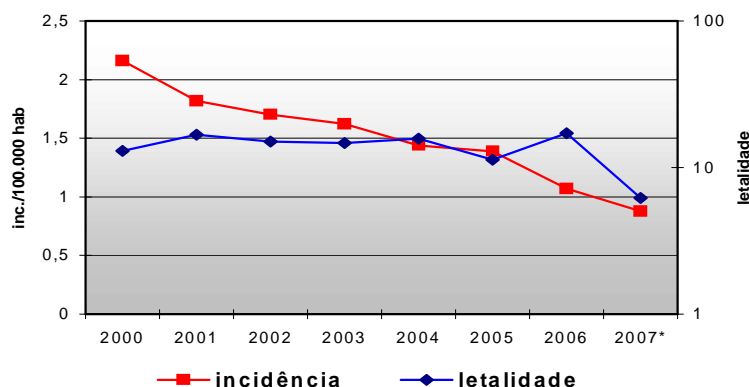
Os casos atingiram, basicamente, adultos jovens da faixa etária de 20 a 39 anos (75% dos casos), com predomínio do sexo masculino (83%), pelo fato de que a maioria dos homens adultos jovens, em 2007, provavelmente não ter sido vacinada ou não ter contraído rubéola, formando bolsão de suscetíveis à doença. Como ocorreram alguns casos de rubéola em gestantes, estão em investigação recém-nascidos com suspeita de Síndrome da Rubéola Congênita.

Como estratégia de eliminação da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita, a SES-RS, em consonância com o Ministério da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde, realizou, no segundo semestre de 2008, a Campanha de Vacinação contra a Rubéola, dirigida a homens e mulheres de 20 a 39 anos. Foram vacinadas 3.149.112 pessoas, com uma cobertura de 90,5% da população-alvo.

2.3.4 Meningites

A doença meningocócica continua sendo o principal objetivo da vigilância das meningites desde a epidemia da década de 70. Nos anos 90, ocorreu aumento do número de casos, com predomínio do meningococo B. O último relato de situação de surto por este agente foi em 1995 e acometeu vários municípios do estado. Nos últimos sete anos, constatou-se diminuição de incidência, que tem se mantido abaixo de dois casos por 100.000 habitantes, enquanto a letalidade, no período de 2000 a 2007, tem oscilado entre 6,2 e 17,1% (gráfico 21).

Gráfico 21 - Coeficiente de incidência por 100.000 hab. e taxa de letalidade da doença meningocócica, RS, 2000-2007.

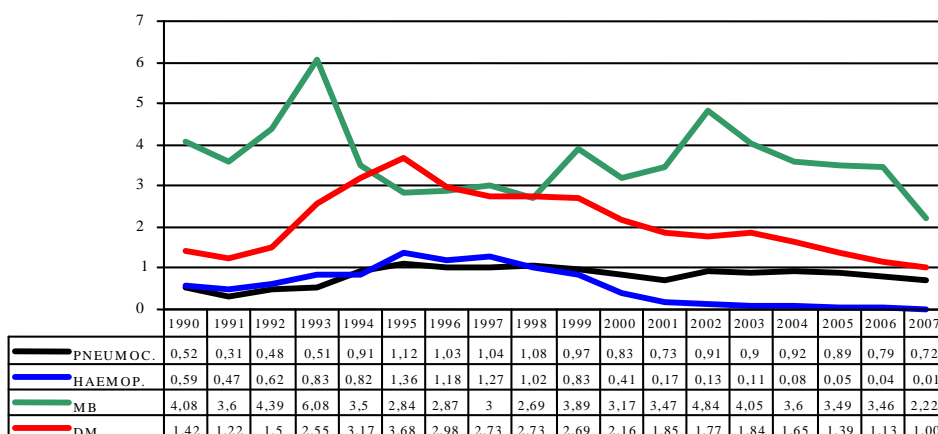


Fonte: SINAN/API/DVE/CEVS/SES-RS

A doença meningocócica – DM - pode ser causada por meningococo de vários sorogrupos diferentes. Nos anos de 2005 a 2007, em alguns estados brasileiros, ocorreram surtos de DM pelo sorogrupo C, que foram controlados de forma oportuna. No mesmo período, os casos de doença meningocócica identificados no nosso estado foram predominantemente do sorogrupo B e esporadicamente dos sorogrupos C e do Y/W 135.

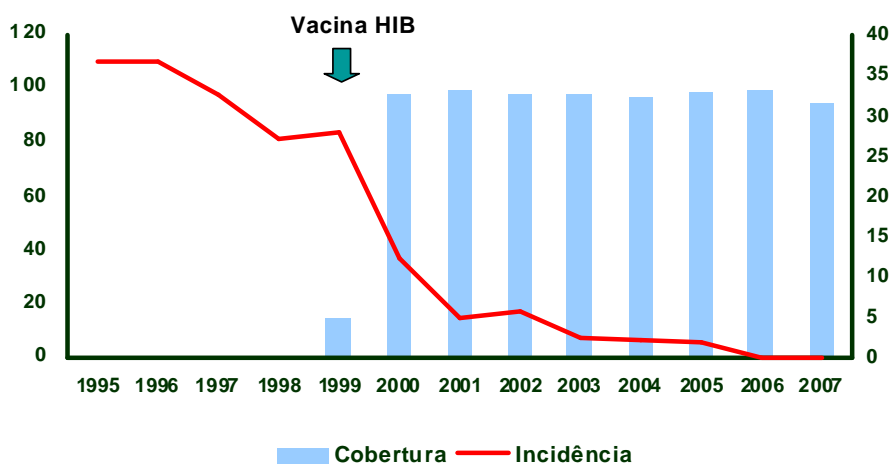
Em relação às meningites como um todo, ocorre uma tendência à diminuição da incidência das meningites bacterianas atribuível, em grande parte, à implantação da vacinação contra *Haemophilus Influenzae B* (HIB) em 1999 nos menores de um ano, que levou a uma importante redução da incidência da meningite causada por esse agente (de 27,76/100.000 habitantes em 1999 a 0,04/100.000 em 2007) (gráficos 22 e 23).

Gráfico 22 - Coeficiente de incidência/100.000 hab. de meningites bacterianas. RS, 1990-2007.



Fonte: SINAN/API/DVE/CEVS/SES-RS

Gráfico 23 - Coeficiente de incidência/100.000 hab. da meningite por Haemophylus influenzae B e cobertura vacinal em menores de um ano. RS, 1995-2007.



Fonte: SINAN/API/DVE/CEVS/SES-RS

As meningites virais continuam representando a maior incidência entre todos os tipos de meningite no RS, ressaltando-se o surto de 2005 devido ao enterovírus, especialmente na capital e Região Metropolitana.

2.3.5 Hepatites Virais

As hepatites virais constituem-se em importante problema de saúde pública, tanto no mundo como no Brasil e no RS, pela sua magnitude e transcendência. São causadas por vários tipos de vírus com características e apresentações clínicas distintas entre si. Os tipos A, B e C são os de maior importância em saúde pública.

Estima-se que 5 a 10% da população adulta infectada com o vírus B evoluirão para a cronicidade, podendo, então, ser o paciente rotulado como portador inativo do vírus ou como já tendo uma hepatopatia crônica. Ao redor de 30% evoluirá para cirrose, e parcela significativa, dependendo da área geográfica do estudo, evoluirá ao hepatocarcinoma.

No caso da hepatite C, a maioria das pessoas infectadas, em torno de 85% dos casos, progride para a cronicidade, que pode levar à fibrose hepática e, subsequentemente, à cirrose e ao carcinoma hepatocelular.

A hepatite A continua a ocorrer em forma de surtos isolados em áreas com saneamento básico deficiente.

No RS, a análise da série histórica de 1999 a 2007 evidencia crescente aumento dos casos de hepatites de todos os tipos, especialmente da hepatite C até o ano de 2006. Nos anos de 2006 e 2007, observa-se diminuição do número de casos e dos respectivos coeficientes (tabela 20). Saliente-se que os critérios de confirmação de casos tornaram-se mais rígidos nesses dois anos e a modificação das fontes também poderiam acarretar subnotificação.

Tabela 20 - Número de casos de hepatites virais e coeficiente de incidência por 100.000 hab., segundo etiologia, RS, 1999-2007.

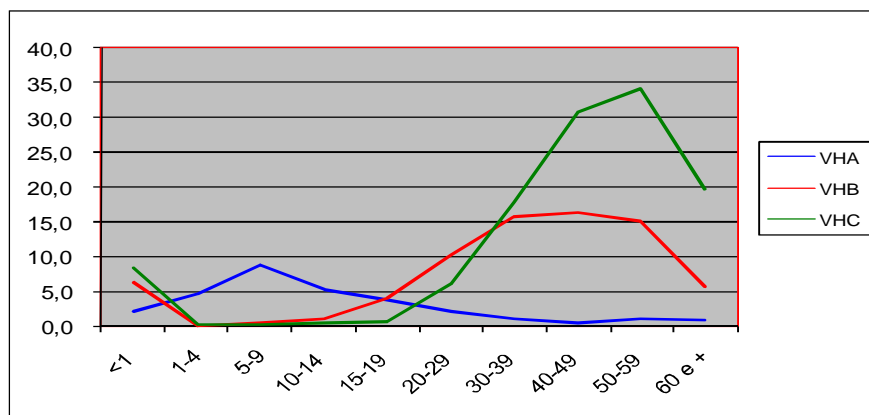
ETIOLOGIA	1999		2000		2001		2002		2003	
	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI
Hepatite A	1517	15,21	2712	26,62	2551	24,74	1015	9,75	724	6,89
Hepatite B	910	9,13	1066	10,46	968	9,39	800	7,69	953	9,07
Hepatite C	1913	19,18	1682	16,51	1728	16,76	1811	17,40	1788	17,01

ETIOLOGIA	2004		2005		2006		2007	
	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI
Hepatite A	1233	11,62	1393	12,84	883	8,05	271	2,45
Hepatite B	1030	9,70	1273	11,74	1041	9,50	959	8,65
Hepatite C	2283	21,51	2340	21,58	1794	16,36	1433	12,93

Fonte: SINAN/API/DVE/CEVS/SES-RS

Quanto ao comprometimento segundo a faixa etária, a hepatite A continua atingindo as faixas etárias mais jovens, e os tipos B e C acometendo mais os adultos, como nos mostra o gráfico 24.

Gráfico 24 – Coeficiente de incidência por 100.000 hab. de hepatites A, B e C por faixa etária, RS, 2007.



Fonte: SINAN/API/DVE/CEVS/SES-RS

A situação epidemiológica das hepatites no RS merece atenção especial da SES-RS e do próprio Governo do Estado, motivo pelo qual foi criado o Comitê Estadual de Enfrentamento das Hepatites Virais em 2008. O objetivo fundamental do comitê é promover a implantação/implementação das ações de prevenção, vigilância e controle das hepatites virais. Destaca-se a criação da rede de atendimento integral aos portadores de hepatites B e C, a ampliação do diagnóstico laboratorial e dos polos de aplicação de medicamentos, o desenvolvimento das medidas preventivas e a capacitação dos profissionais de saúde em hepatites.

2.3.6 Doenças Transmitidas por Alimentos - DTA

As doenças transmitidas por alimentos – DTA - representam importante problema de saúde pública, podendo acometer grande número de pessoas num mesmo evento e causar óbitos. É importante conhecer a ocorrência destas doenças, seu agente causal, alimentos envolvidos, local de preparo e de consumo, fatores predisponentes, sazonalidade e população exposta ao risco para implementação de medidas preventivas e de controle por

parte das autoridades sanitárias, indústrias e outros tipos de estabelecimentos de alimentação.

De 1980 a 2006, foram notificados 3.200 surtos, com 297.631 expostos, possibilitando identificar o perfil dessas ocorrências no estado, incluindo seus fatores de riscos. Esse conhecimento deve subsidiar a elaboração de estratégias de ação para diminuição da incidência.

Observa-se que as residências são o principal local de ocorrência, seguido do comércio e da indústria. Há tendência de aumento de surtos envolvendo clubes e associações comunitárias. A *Salmonella sp* e o *Staphylococcus aureus* são os principais agentes etiológicos entre os identificados no RS, sendo ovos contaminados e manipuladores as principais fontes de infecção. Na análise da série histórica, o número de surtos atribuídos ao *Staphylococcus aureus* mantém-se estável, enquanto o número de surtos atribuídos à *Salmonella spp* vem sofrendo incremento a partir dos anos 90. Os alimentos preparados são os mais envolvidos.

A matéria prima sem inspeção e a manutenção de alimentos em temperatura ambiente por mais de duas horas são os principais implicados no desencadeamento de surtos. Neste contexto, as ações de vigilância em saúde podem contribuir para reduzir essas ocorrências, em especial pelo controle de condições de higiene de estabelecimentos, das condições de saúde de manipuladores e controle de temperatura de equipamentos de rede de frio e de calor.

2.3.7 Doenças Diarréicas - DDA

O Rio Grande do Sul acompanha o comportamento das doenças diarréicas agudas através da Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas – MDDA, capaz de detectar alterações no ambiente ou na saúde da população que se expressem por mudanças na tendência das diarreias.

A MDDA é uma estratégia de vigilância em nível nacional e foi implantada no contexto da reemergência da cólera. Consiste na coleta, na consolidação e na análise de dados mínimos como idade, procedência, data do início dos sintomas e do atendimento e plano de tratamento dos casos que buscam atendimento em unidades de saúde sentinela identificadas pelos municípios. O objetivo é detectar surtos de diarreia oportunamente e

recomendar medidas de prevenção, controle e avaliação do impacto das ações desenvolvidas. Recentemente, conta com sistema informatizado para acompanhamento dos casos e surtos, desenvolvido pelo DATASUS/MS, conhecido como SIVEP_MDDA. O MDDA tem mostrado que nas semanas epidemiológicas iniciais do ano registra-se um número maior de casos, correspondendo à sazonalidade das diarreias no verão, com ocorrência de um segundo pico, correspondente aos meses de inverno, causado por enterovírus.

Em 2003, no estado, registrou-se a ocorrência de surtos de diarreia em várias cidades, notificados a partir de junho, atingindo principalmente crianças em creches e adultos da comunidade. No processo de investigação, que contou com o apoio da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS - e da Fundação Osvaldo Cruz, foi identificado o rotavírus em aproximadamente 65% das amostras enviadas. Os municípios atingidos receberam orientações para o controle dos surtos, especialmente em relação à higiene ambiental e pessoal.

Em 2004, persistiu o predomínio do rotavírus entre os vírus identificados pela MDDA no RS; já em 2005, começa a se destacar também os norovírus (tabela 21). Em 2006, registraram-se inúmeros surtos de diarreia em vários municípios do estado e acometimento de pessoas em todas as faixas etárias. Na maioria das amostras foi detectada a presença do norovírus, e o rotavírus persiste como causa de diarreia, mas em menor escala, atingindo mais crianças menores de cinco anos.

Tabela 21 - Vírus identificados em amostras coletadas na MDDA, RS, 2004 -2006.

Vírus	2004		2005		2006	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Adenovírus	3	0,88	3	1,21	6	0,99
Astrovírus	11	3,23	19	7,66	27	4,47
Norovírus	17	4,99	55	22,18	380	62,91
Rotavírus	119	34,90	41	16,53	43	7,12
Negativo	191	56,01	130	52,42	148	24,50
Total	341	100	248	100	604	100

Fonte: LACEN-IPB/Laboratório de Virologia Comparada da FIOCRUZ

2.3.8 Influenza

No RS, o monitoramento epidemiológico da influenza é realizado, desde 2002, através de uma rede de vigilância composta por três unidades sentinelas (Hospital Geral de Caxias do Sul, Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre e Santa Casa de Caridade de Uruguaiana).

É realizado o acompanhamento do número de casos de síndrome gripal e coletadas amostras de secreção nasal de pacientes com quadro clínico compatível, para identificar os vírus circulantes, sazonalidade, grupos mais afetados e picos de incidência. As cepas identificadas no estado são enviadas aos centros de referência mundial em influenza com vistas à composição da vacina da gripe. Investigações de surtos e casos graves por influenza têm sido realizadas desde 2002, com desencadeamento das medidas de controle pertinentes.

Nos anos de 2006 e 2007 foram coletadas 779 amostras de aspirado de nasofaringe nas unidades sentinelas, com uma positividade de 32% para vírus respiratórios, pela técnica de imunofluorescência indireta, e predomínio do Influenza A.

A vigilância da influenza é fundamental no contexto atual, quando persiste o risco potencial de ocorrência de pandemia de influenza a partir de surtos de vírus de influenza aviária e suína e transmissão para seres humanos em outros países.

A vacinação contra influenza no RS é realizada desde o ano de 1999, antes da chegada do inverno. O uso desta vacina no RS segue a orientação do PNI, através de campanhas realizadas anualmente e dirigidas, prioritariamente, a todos os indivíduos com 60 anos ou mais. Desde sua implantação, em 1999, as coberturas vacinais médias no estado aumentaram progressivamente e superaram a meta estimada pelo PNI, que é de 70% da população-alvo (tabela 22).

Tabela 22 - Nº de doses aplicadas e cobertura da Campanha de Vacinação contra Influenza, RS, 1999-2007.

Ano	Doses aplicadas	% Cobertura
1999	588.735	91,42
2000	671.172	69,09
2001	847.884	86,49
2002	800.625	73,82
2003	822.357	75,09
2004	859.258	77,79
2005	896.822	79,66
2006	902.542	80,16
2007	919.963	80,17

Fonte: API/DVE/CEVS/SES-RS

2.3.9 Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST

As notificações de DST no estado são realizadas através de sistema próprio e a distribuição de medicamentos a elas estão associadas. Este sistema permite a realização de avaliações epidemiológicas de DST e do uso dos medicamentos distribuídos possibilitando utilização adequada.

A análise a seguir mostra os resultados de 2.527 notificações, realizadas em sistema próprio para DST e que, inseridas aleatoriamente no período de janeiro de 2006 até março de 2007, representam cerca de 25% do total de casos notificados nesse período. Os 2.527 casos analisados mostraram que a proporção de mulheres atendidas com DST foi expressivamente maior – mais de 80% dos casos. Isso provavelmente reflete o fato de que as mulheres procuram mais o tratamento adequado do que os homens – essa situação é relatada em alguns estudos publicados.

Das 2.075 mulheres atendidas, 135 (5,3%) eram gestantes. Das 135 gestantes, 96 (71,1%) tiveram como diagnóstico sindrômico “corrimento vaginal” – diagnóstico etiológico de gardnerella, tricomonas e candidíase. Também foram diagnosticados 12 casos de sífilis e 05 casos de infecção por HIV. Além disso, cabe ressaltar que quatorze gestantes (10,4%) também tinham história prévia de HIV/AIDS.

As faixas-etárias predominantes ficaram entre 20 e 40 anos de idade. Chama atenção a baixa escolaridade da população estudada – mais de 70% dos pacientes referiu ter apenas ou menos que o primeiro grau completo. Na maioria das consultas, o motivo do atendimento foi “estar sintomático”.

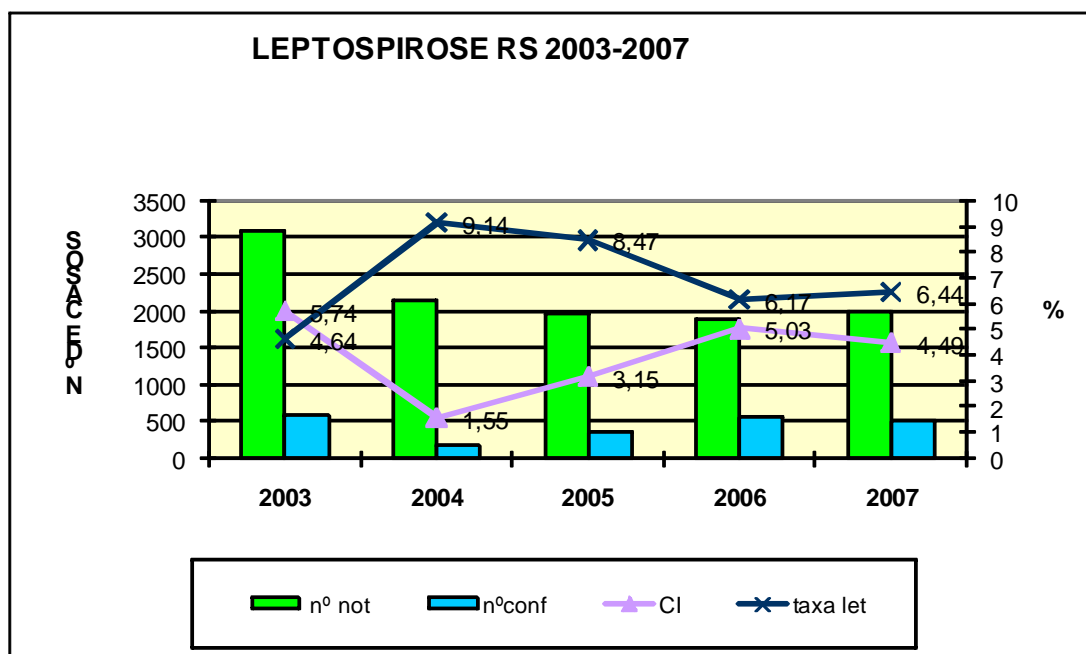
Os dados sobre HIV/AIDS são apresentados em capítulo específico nas Políticas Transversais e Estratégicas em Saúde, na análise situacional.

2.3.10 Antropozoonoses

Leptospirose

A leptospirose é uma antropozoonose que apresenta comportamento endêmico no RS, apresentando em torno de 400 casos confirmados por ano. No período de 2003 a 2007, o CI variou entre 1,55 e 5,03, e a letalidade, entre 4,64 e 9,14 (gráfico 25). No Brasil, a letalidade tem apresentado índices mais altos (12%).

Gráfico 25 – Casos, Coeficiente de Incidência/100.000 hab. e Taxa de Letalidade da leptospirose, RS, 2003-2007.



Fonte: SINAN/API/DVE/CEVS/SES-RS

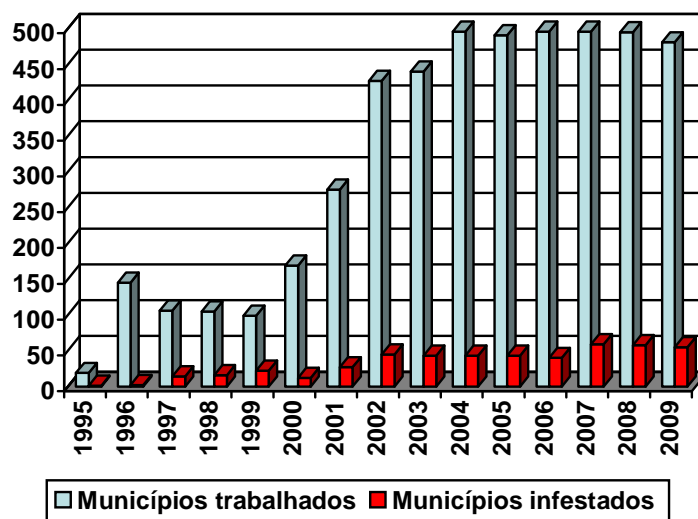
Observa-se uma distribuição não homogênea dos casos nas diferentes CRS, atribuída à diversidade das situações de exposição e características ecológicas favoráveis à transmissão da leptospirose associada à produção agrícola. O predomínio de homens reforça a associação com o trabalho, principalmente em regiões com áreas de atividade agrícola, onde se registra maior incidência de casos, apontando para a necessidade de medidas preventivas e de controle dirigidas às populações e locais mais vulneráveis a doença no estado.

Dengue

No Rio Grande do Sul, em 1995, foi identificado o primeiro foco de *Aedes aegypti* no município de Caxias do Sul. Apesar da ampliação progressiva das ações de vigilância do *A. aegypti* no estado, implantadas de acordo com o Programa Nacional de Controle da Dengue e com as diretrizes do processo de descentralização da saúde, tem-se registrado dispersão do vetor em vários municípios.

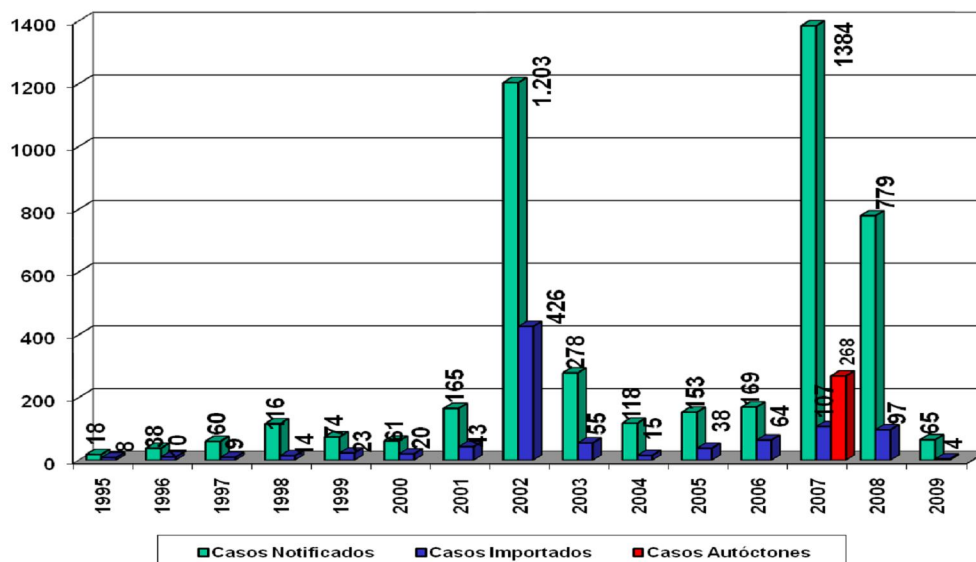
O gráfico 26 mostra a evolução do processo de descentralização da vigilância do *Aedes aegypti*. Apesar das dificuldades enfrentadas pelos municípios, especialmente quanto à constituição e manutenção de equipes estáveis, verifica-se que, a partir do ano de 2004, todos os municípios desenvolveram atividades de vigilância, o que pode estar contribuindo para o aumento da identificação de áreas infestadas.

Gráfico 26 - Número de municípios infestados por *A. aegypti* e trabalhados, RS, 1995-2009.



Fonte: SIS-FAD/DVAS/CEVS/SES-RS

Gráfico 27 - Série histórica dos casos notificados e confirmados de dengue, RS, 1995 a 2009*.



Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS, *até 20/03/09

Conforme o gráfico 27, até ao final de 2006, os casos de dengue registrados eram importados de outros estados brasileiros e de outros países. Nos meses de março, abril e maio de 2007, o estado do Rio Grande do Sul enfrentou surto de dengue autóctone em municípios das regiões Noroeste e Norte.

Foram notificados 1384 casos suspeitos de dengue em 2007, sendo 268 autóctones, 80% no município de Giruá (região Noroeste), 12% em Erechim (região Norte) e o restante em outros municípios da região Noroeste. Registraram-se, além disso, 107 casos importados da doença em vários municípios do estado.

Os casos concentraram-se nas faixas etárias mais velhas, com 77% dos casos ocorrendo em adultos acima de 20 anos e predominando no sexo feminino (68%). Foi identificado, pelo Instituto Adolfo Lutz/SP, a circulação do sorotipo DEN-3, o mesmo registrado em outros estados brasileiros no mesmo período.

Para enfrentamento da situação, foi criada uma força-tarefa, com desenvolvimento de intensas ações de controle vetorial, vigilância epidemiológica, ações intersetoriais de mobilização social e de capacitações, estabelecidas através de plano de contingência.

Ações de controle executadas de forma pouco eficiente, rotatividade e dificuldade na contratação de agentes municipais, deficiência nas supervisões, fluxo de pessoas para estados com epidemia de dengue, especialmente Mato Grosso do Sul, calor prolongado e

chuvas intensas no verão 2006-2007 são alguns fatores que podem explicar a ocorrência do surto.

Durante o ano de 2008 e até o mês de março de 2009, não ocorreram casos autóctones de dengue no RS, apesar do contínuo risco de importação da doença, visto que vários estados brasileiros continuam registrados surtos. Atualmente, são 58 municípios infestados por *Aedes aegypti*.

A avaliação da situação epidemiológica da dengue aponta duas regiões do estado que apresentam maior risco em relação à dengue:

- Porto Alegre e Região Metropolitana: pela concentração populacional e o intenso trânsito de pessoas, meios de transporte e produtos com o resto do país;
- Região Noroeste: na fronteira com a Argentina, onde os municípios mantêm contato direto com áreas infestadas daquele país vizinho e com municípios de estados brasileiros com epidemias periódicas.

Se, porventura, ocorrer surto de dengue nessas regiões, espera-se grande número de casos da doença, que podem evoluir para formas graves e óbitos, gerando grande sobrecarga da rede estadual de saúde. Para enfrentar uma possível epidemia de dengue, foi desenvolvido, no ano de 2008, intenso trabalho de organização de vários setores da SES-RS, especialmente das áreas de vigilância em saúde, de assistência hospitalar, de assistência farmacêutica, de laboratório, de comunicação social, entre outras, que resultou no Plano Estadual de Contingência para Dengue. Nesse documento, estão delineadas as várias estratégias necessárias para prevenir e conter a epidemia da doença, com destaque para alocação de recursos extras estaduais em unidades de hidratação, aumento de leitos de enfermaria e UTI e locação de UTIs móveis. Todos os municípios do estado estão sendo estimulados a elaborar seus planos municipais de contingência da dengue para que possam avaliar sua capacidade instalada e prever as modificações necessárias.

O controle do *A. aegypti* em níveis de infestação menor que 1% é considerado essencial para a prevenção da dengue, evitando surtos e epidemias de grandes proporções. Alcançar esse objetivo, entretanto, tem-se constituído grande desafio devido à complexidade do problema, cuja solução requer medidas que extrapolam a área da saúde, exigindo mobilização de governo e sociedade nas regiões afetadas. Portanto, existe um risco potencial

de ocorrência de epidemia de dengue e é fundamental que estado e municípios estejam organizados para enfrentar o problema e minimizar as consequências de um evento de tal monta para a população gaúcha.

Raiva

É uma doença (zoonose) causada por um vírus que determina uma encefalite viral aguda e leva à morte em 100% dos casos. É transmitida por mamíferos e suas principais fontes de infecção, no Brasil, têm sido o cão, o gato e os quirópteros (morcegos) hematófagos e não-hematófagos. Embora esses animais sejam os principais responsáveis pela manutenção do ciclo da raiva, mas outros reservatórios, particularmente entre os animais silvestres, podem ser lembrados, tais como o macaco, a raposa, o gato do mato, os gambás e os furões. Portanto, verifica-se que a doença pode apresentar dois principais ciclos de transmissão: o urbano e o silvestre.

Os registros da raiva no Rio Grande do Sul demonstram que ela se apresenta de forma endêmica ao longo das últimas décadas em herbívoros. Nos registros humanos, o último óbito ocorreu em 1981 e não houve mais casos depois desta data. A partir da década de 90, não houve mais casos de raiva animal causado por vírus com variante (cepa) canina em cão, gato ou outra espécie animal. Todavia, considerando a transmissão por animais silvestres, dentre os quais encontramos os morcegos hematófagos, especialmente o *Desmodus rotundus* (vampiro), têm sido registrados inúmeros casos em animais (bovinos e equinos) causados pela variante viral deste vampiro.

Em 1965, houve um caso de raiva em morcegos não hematófagos da espécie *Tadarida brasiliensis* (morcego dos telhados). Desde então, tem sido registrado, nesta espécie da família dos molossídeos, positividade para variante viral 4. Em 2001, no município de São Lourenço do Sul, houve o registro de um caso de raiva em um felino que agrediu um humano. No material encefálico da gata, encontrou-se um vírus que foi caracterizado em laboratório como compatível com a variante 4.

Em 2007, registrou-se um caso de raiva em canino (cadela), no município de Tapes, que manteve contato com 20 pessoas, cujo vírus isolado era compatível com a variante 4. Ainda naquele ano, foram registrados, com resultado laboratorial, casos de raiva bovina em 13 municípios, raiva equina em um e raiva em morcegos em seis.

Desde o ano de 1999, foi adotado como critério do Programa Estadual de Controle e Profilaxia da Raiva - PECPR, além de outras ações de vigilância epidemiológica que fazem parte deste programa, a vacinação de bloqueio em cães e gatos, em forma de varredura (casa a casa), em todos os casos que são constatados laboratorialmente de raiva animal, particularmente quando causados por morcegos. Estas vacinações são realizadas dentro de um espaço delimitado por um raio de 300m para os casos de raiva animal registrados em perímetros urbanos e entre 3 e 5km para aqueles focos localizados em áreas rurais. Em todos os casos, tem sido feita a avaliação dos contatos humanos com animais positivos para a doença.

Dentre as ações de vigilância da doença, salientam-se os atendimentos antirrábicos humanos, que constituem o maior número de notificações no SINAN, e o envio de amostras de animais suspeitos de raiva para o laboratório de referência (tabela 23).

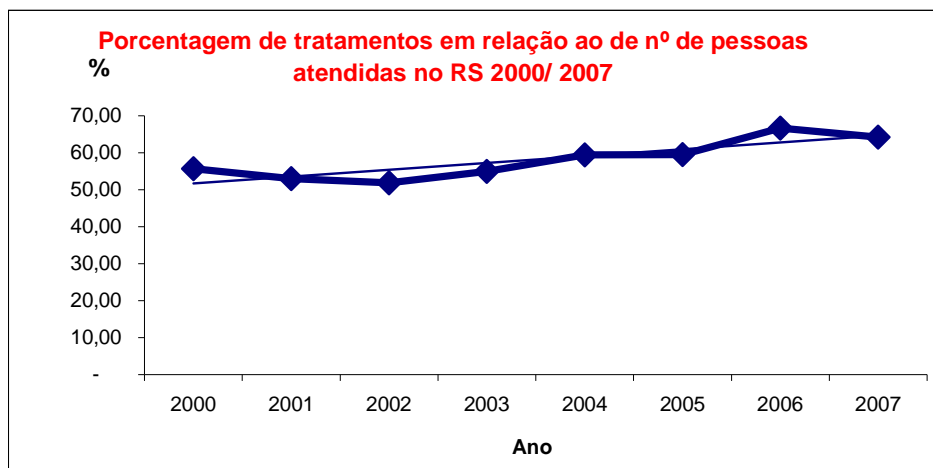
Tabela 23 - Atendimentos antirrábicos notificados no SINAN, RS, 2000-2007.

ATIVIDADE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1. N° de pessoas atendidas	14.290	15.681	15.589	17.967	19.177	20.270	26.383	27.207
2. N° de pessoas tratadas (total)	7.693	8.315	8.080	9.871	11.527	12.070	17.588	17.484
2.1 Com vacina	7.388	7.858	7.671	9.355	10.269	11.616	16.888	16.589
2.2 Com vacina e soro	305	355	409	516	762	454	700	895
3. N° de abandonos de tratamento	1.644	2.251	1.755	1.916	2.056	2.326	3.697	1.915
4. N° doses de vacinas aplicadas	23.979	24.036	22.569	21.519	23.192	27.333	37.489	38.627
5. N° de eventos adversos	6	4	6	1	1	-	1	1
6. N° de animais agressores p/ espécie	11.408	12.968	13.934	16998	17.330	17.592	21.024	21.165
6.1. Canina	10.485	11.743	12.532	15.551	15.795	16.127	18.791	19.304
6.2. Felina	797	1.110	1.165	1.194	1.321	1.207	1.841	1.555
6.3. Quiróptera (morcego)	15	26	64	32	27	66	74	62
6.4. Outros	109	91	173	221	198	192	318	244
7. N° cães e gatos observados	11.282	12.789	13.697	16.745	17.116	17.334	20.632	20.859

Fonte: SINAN/DVAS/CEVS/SES-RS

Observa-se um percentual elevado de tratamentos, com leve queda nos anos de 2001 e 2002.

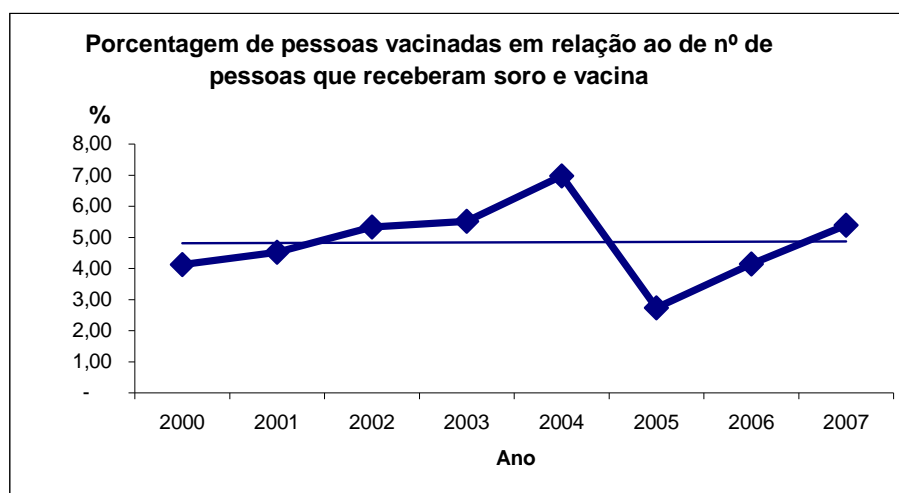
Gráfico 28 – Porcentagem de tratamentos em relação ao número de pessoas atendidas no RS 2000-2007.



Fonte: DVAS/CEVS/SES-RS

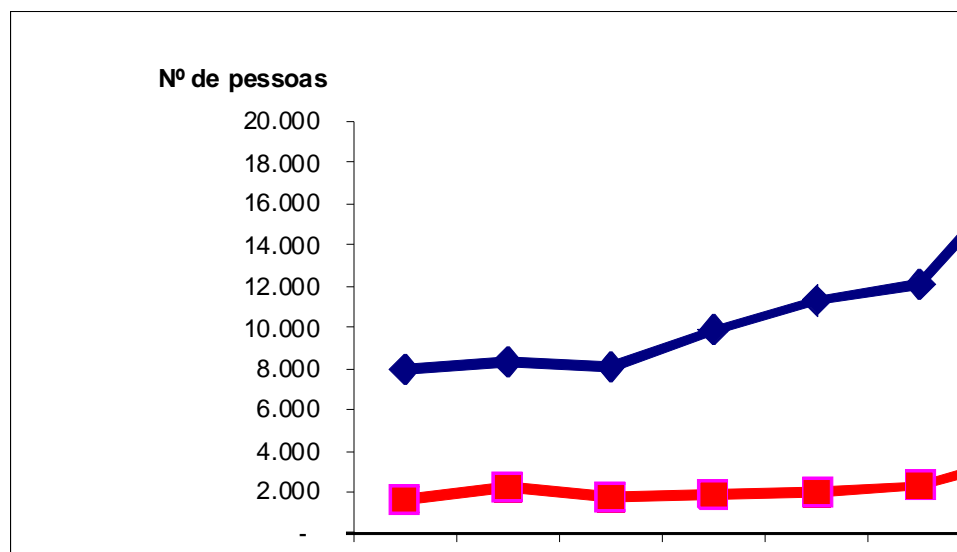
Neste período, houve um aumento de aplicação de soro, com queda expressiva no ano de 2005.

Gráfico 29 – Porcentagem de pessoas vacinadas em relação ao número de pessoas que receberam soro e vacina, RS, 2000-2007.



Fonte: DVAS/CEVS/SES-RS

Gráfico 30 – Número de pessoas tratadas e de abandonos de tratamento, RS, 2000-2007.



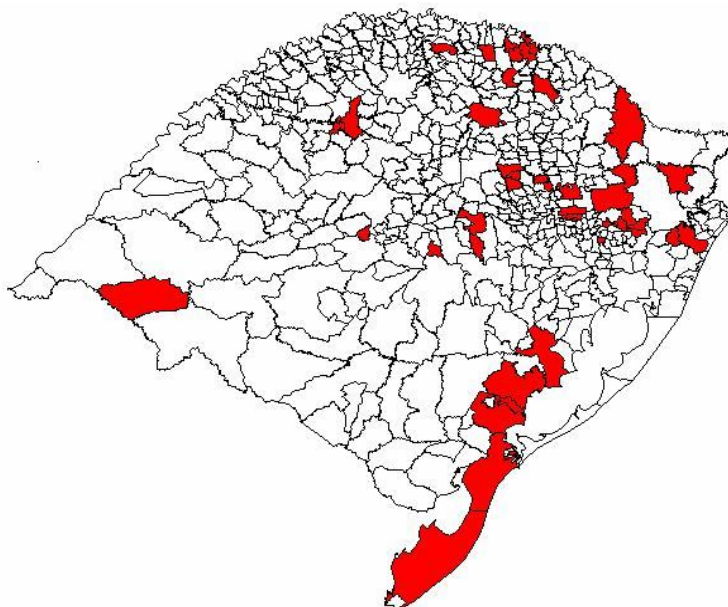
Fonte: DVAS/CEVS/SES-RS

O PECPR tem recomendado a manutenção da vigilância epidemiológica da raiva, incluindo o monitoramento sobre todos os mamíferos reservatórios da doença, em particular sobre os animais domésticos de companhia e os de importância econômica. Presentemente, alerta para o incremento da participação dos animais silvestres nos ciclos da raiva, em especial às agressões causadas pelos morcegos não hematófagos.

Síndrome cardiopulmonar por hantavírus

No período de 1998 a 2007, foram registrados, no Rio Grande do Sul, 61 casos confirmados de síndrome cardiopulmonar por hantavírus - SCPH. Considerando os casos identificados neste período, constata-se que há circulação viral em quase todas as regiões do estado (figura 7). A análise dos casos permite identificar maior frequência no sexo masculino (87% dos casos) e na faixa etária de 30 a 39 anos (45% dos casos), sendo os agricultores a categoria profissional mais atingida, com 51% dos casos.

Figura 7 - Distribuição dos casos de síndrome cardiopulmonar por hantavírus, RS, 1998 – 2007.



Fonte: DVAS/CEVS/SES-RS

Febre Amarela Silvestre

Os últimos casos de febre amarela silvestre no Rio Grande do Sul datavam de 1966, ocorridos nos municípios de Iraí (02 casos), Passo Fundo (01 caso), e São Luiz Gonzaga (03 casos). Nesta oportunidade, foi realizada uma campanha de vacinação em toda a região noroeste do estado.

No ano de 2001, registrou-se uma epizootia, morte de primatas não humanos (bugios) da espécie *Alouatta caraya* nos municípios de Santo Antônio das Missões e Garruchos. Em Santo Antônio das Missões, pelo teste imuno-histoquímico, confirmou-se a causa da morte de um bugio pelo vírus da febre amarela. Na mesma região, isolou-se o vírus de mosquitos da espécie *Haemagogus leucocelaenus* (mosquito que vive nas matas). Foi implantada vacinação para os municípios limítrofes a esta região, aqueles que estavam ao longo do Rio Uruguai e os vizinhos a estes, totalizando 43 municípios na área de risco para febre amarela no Rio Grande do Sul.

No ano de 2002, houve epizootia na mesma época em Mata e Jaguari, confirmada por febre amarela em um bugio da espécie *Alouatta g. clamitans* no município de Jaguari. Tal situação levou à definição de cinquenta e dois municípios de risco para a doença.

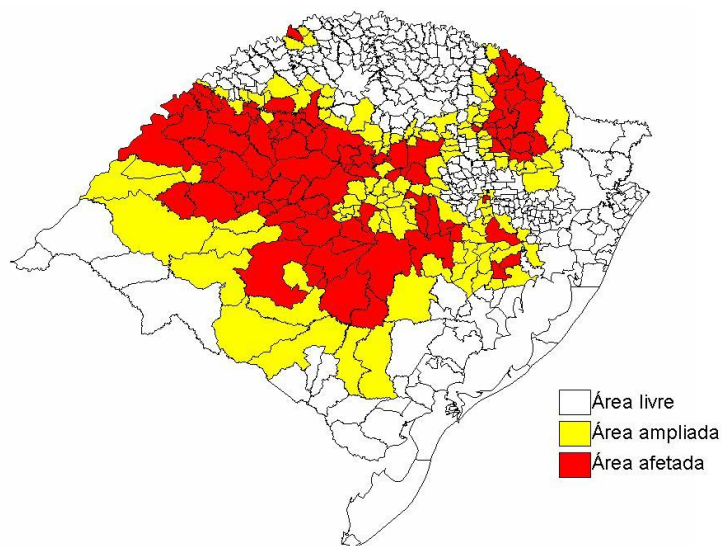
Na ocasião, foi implantada a vigilância da febre amarela, incluindo notificação e investigação de eventos epizooticos pela DVAS/CEVS, em conjunto com as CRS, realizando-se captura de primatas não humanos (bugios) e vetores nos municípios com o objetivo de monitorar a circulação viral com apoio diagnóstico do Instituto Evandro Chagas. Como medida de controle, iniciou-se a vacinação da população exposta dos municípios definidos como de risco. O Ministério da Saúde passa a considerar esta área compreendida de 52 municípios na região noroeste do Estado como área de transição para a febre amarela, sendo mantida a orientação de vacinação para sua população, tendo sido aplicadas, no período de 2001 a 2008, 589.576 doses de vacinas, correspondendo a uma cobertura de 108,17%.

Essa estratégia de vigilância continuou sendo desenvolvida desde então, porém não evidenciava circulação do vírus da febre amarela nas áreas trabalhadas. Entretanto, a partir de outubro de 2008, registraram-se repetidos eventos de mortes de primatas não humanos, caracterizando epizootia de magnitude inusitada e que progrediu da região Noroeste em direção à região Leste com grande velocidade de disseminação. Em cinco meses de confirmação da circulação viral, observou-se a expansão da área atingida em cerca de 500 km.

De outubro de 2008 até 15 de julho de 2009, foram notificados 967 eventos envolvendo a morte de primatas que totalizaram 2.042 animais mortos, distribuídos em 153 municípios do estado. Em 67 municípios, foi confirmada laboratorialmente a circulação do vírus da febre amarela e em 19 municípios o evento foi classificado como epizootia por febre amarela confirmada por vínculo epidemiológico (figura 8).

A alta mortalidade entre as populações de PNH não tem precedentes na história recente do Estado.

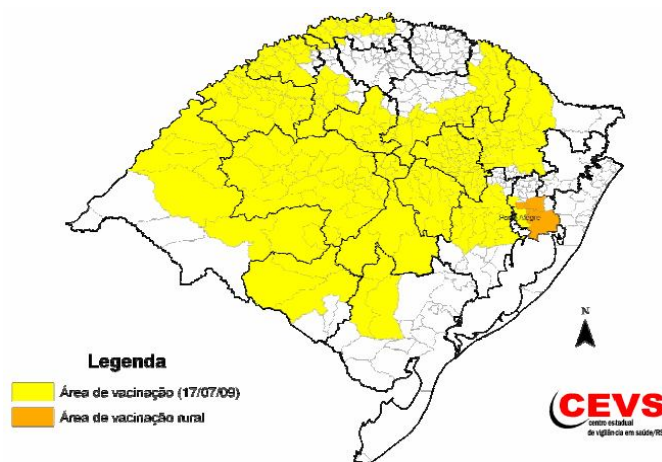
Figura 8 - Mapa das áreas afetadas e ampliadas de febre amarela silvestre. Rio Grande do Sul, novembro de 2008 a 15 de julho de 2009.



Fonte: SINAN/DVAS/CEVS/SES-RS

Ainda do ponto de vista ambiental, deve ser enfatizada a presença do mosquito transmissor da febre amarela (*Haemagogus leucocelaenus*) nas áreas pesquisadas em todas as regiões do Rio Grande do Sul. No processo de intensificação da vigilância dessas epizootias foram construídos, a partir de discussão com o Programa Nacional de Febre Amarela, critérios para identificação de “áreas afetadas e ampliadas”, subsidiando a realização das ações de prevenção e controle de casos humanos, com a correspondente ampliação da área de vacinação, correspondendo a um total de 293 municípios (até julho de 2009) (figura 9).

Figura 9 - Municípios incluídos na área de vacinação contra febre amarela, RS, até julho de 2009.



Fonte: SI-API/DVE/DVAS/CEVS/SES-RS

Apesar das ações desencadeadas, casos humanos de febre amarela silvestre foram registrados a partir do mês de dezembro. Até 30 de março de 2009, foram notificados 23 casos humanos de FA, dos quais 8 evoluíram para óbito. Desses, 20 casos e 8 óbitos estão confirmados, correspondendo a uma letalidade de 40%. Em relação ao sexo, quinze eram do sexo masculino (75%) e cinco do sexo feminino (25%), e a idade variou entre 14 e 73 anos. Todos os casos não tinham vacina contra a febre amarela e estiveram em atividades no meio rural ou silvestre, local provável de infecção.

A epizootia progrediu para novas áreas, em direção à região metropolitana, especialmente a partir do mês de março, ocorrendo novo aumento do número de casos suspeitos em municípios até então fora da área de risco: Vera Cruz (04 casos confirmados) e Santa Cruz do Sul (07 casos confirmados). Esse último município, situado a 155 km de Porto Alegre, registrou também mortes de PNH, já confirmadas como febre amarela pelo Instituto Adolf Lutz. Recentemente houve detecção de febre amarela em PNH nos municípios de Guaíba, Mariana Pimentel e Triunfo, o que levou a inclusão de municípios da Região Metropolitana, incluindo a capital, na área de vacinação.

A situação atual da febre amarela é preocupante, especialmente pela aproximação de áreas densamente povoadas como a Região Metropolitana de Porto Alegre e a Serra Gaúcha e pelo risco sempre presente de reurbanização da doença em nosso estado, considerando-se a presença de 58 municípios infestados por *Aedes aegypti* (vetor urbano da febre amarela).

Para enfrentamento da situação, intensas ações de vigilância ambiental de investigação de mortes de primatas não humanos e coleta de vetores, assim como ações de vigilância epidemiológica com investigação de casos humanos suspeitos da doença e vacinação da população residente e visitante vêm sendo desenvolvidas, além da capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento dos pacientes. Tal cenário tem imposto à área da Vigilância em Saúde monitoramento contínuo da situação, com acompanhamento sistemático dos dados para a tomada de decisão da expansão da área de vacinação e proteção da população sob risco, tendo sempre objetivo manter sob controle os casos de febre amarela e impedir a reurbanização da doença.

Apontamos a seguir informações complementares sobre as ações relativas a imunização. No início desta situação de “Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN” relacionada à febre amarela, somente no período de outubro a dezembro de 2008 foram aplicadas 283.402 doses de vacinas. No estado, a série histórica com os dados de doses aplicadas no período de 1999 a 2008, demonstra que foram vacinados 1.454.268 pessoas, correspondendo a uma cobertura de 13,41% da população total.

O avanço da circulação do vírus da febre amarela com ocorrência de casos e óbitos da doença em humanos mobilizou a população de forma geral a procurar a vacina. Ações de vacinação foram desencadeadas imediatamente após a confirmação da presença do vírus da febre amarela e profissionais de saúde mobilizados. Em curto espaço de tempo, foram aplicadas muitas doses de vacina para controlar o avanço da doença em humanos, incluindo áreas rurais, onde a população muitas vezes não tem acesso à vacina facilmente.

Tendo como finalidade imunizar as pessoas de forma a constituir uma barreira de proteção que se opusesse à propagação geográfica da doença, a vacinação foi rapidamente implementada, tendo sido aplicado de janeiro a junho de 2009 um total de 3.548.336 doses de vacinas, correspondendo a um incremento da cobertura da população total do estado de 13,41% para 45,84%. Portanto, até junho de 2009, um total de 5.002.604 pessoas está vacinado no Rio Grande do Sul.

Leishmaniose Visceral

Em novembro de 2008, foi diagnosticada clinicamente e confirmada pelo laboratório do Hospital Veterinário da ULBRA, em Canoas, leishmaniose visceral em um cão da região urbana do município de São Borja. Após esse resultado, houve a eutanásia desse animal. Considerando que o Rio Grande do Sul é área indene para esta doença, estão sendo desencadeadas medidas de vigilância buscando a comprovação da doença e da autoctonia no município, além da extensão da investigação para todos os municípios fronteiriços com o Rio Uruguai, de Barra do Quaraí a Derrubadas, pela provável disseminação da doença a partir da região Norte da Argentina. Essas ações envolvem o Centro Estadual de Vigilância em Saúde - CEVS, o Lacen/RS, a 10ª CRS, a Secretaria Municipal de Saúde de São Borja e a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Os resultados preliminares das atividades desenvolvidas, conforme o município, são as seguintes:

- São Borja: 87 cães confirmados para LV e 688 amostras aguardando processamento; confirmação da presença do vetor *Lutzomyia longipalpis*; três casos humanos confirmados, já tratados e com boa evolução. Estão em andamento atividades de manejo ambiental, censo de cães para realização de inquérito sorológico, ações intersetoriais nas áreas da educação e limpeza urbana, entre outras, capacitação dos profissionais de saúde para detecção e tratamento dos casos humanos de LV;
- Uruguiana: dois cães confirmados para LV e 137 amostras aguardando processamento; confirmação da presença do vetor *Lutzomyia longipalpis*;
- Itaqui: confirmação da presença do vetor *Lutzomyia longipalpis*;
- Porto Xavier: quatro cães confirmados para LV e 72 amostras aguardando processamento; pesquisa da presença do vetor *Lutzomyia longipalpis* em andamento;
- Santa Maria: um cão confirmado para LV importado; realização de busca ativa de novos casos nos cães existentes na área do caso confirmado e busca do vetor em andamento.

As ações estão sendo progressivamente ampliadas para permitir o diagnóstico da situação da leishmaniose visceral no RS, bem como o desencadeamento das medidas de controle para a contenção do problema.

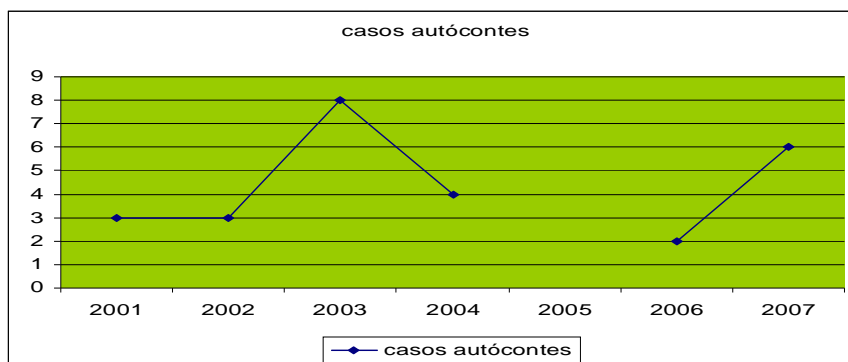
Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA

No Rio Grande do Sul, até o ano 2000, não havia registro de casos autóctones de leishmaniose tegumentar americana - LTA. No ano subsequente, porém, foram notificados, investigados e confirmados 3 casos autóctones. Dois eram procedentes do município de Santo Antônio das Missões, sendo que, em um deles, a sintomatologia se iniciou no ano de 2000 e outro caso foi procedente do município de Viamão. Somente no ano 2007 foram notificados e confirmados 06 casos autóctones, sendo 04 procedentes do município de Porto Alegre e 02 de Santo Antônio das Missões.

O número total de casos de LTA no Rio Grande do Sul, de 2001 a 2007, foi de 26 pessoas adultas com média de idade de 44 anos (15 – 69 anos). Não houve registros em crianças, sugerindo que até o momento que não há transmissão intradomiciliar. A maioria dos casos foi do sexo masculino (N=20) em relação ao sexo feminino (N=6).

Os casos até o momento demonstram que existem três áreas de transmissão da LTA: região das missões, com 9 casos, transmissão rural, de paisagem formada por capões de mata rodeados de campos de pastagens; região de Porto Alegre, com 16 casos, onde a transmissão se dá em áreas periurbanas, com fragmentos de matas residuais; 01 caso na região litorânea, transmissão rural próxima à Mata Atlântica (gráfico 28).

Gráfico 31 – Total de casos autóctones de LTA por ano no Rio Grande do Sul, 2001-2007.



Fonte: CEVS/SES-RS

Ações do Programa de LTA no Rio Grande do Sul

As ações do programa de leishmaniose tegumentar americana por parte da Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde são:

- fornecimento do medicamento para LTA e acompanhamento dos casos;
- capacitação das regionais em epidemiologia e situação do agravo no estado;
- capacitação dos entomologistas na captura e identificação dos vetores (*Lutzomyia spp.*), parceria entre FEPPS/IPB-LACEN, DVAS e FIOCRUZ/RJ;
- levantamento da entomofauna em diversas regiões do estado, merecendo destaque os realizados na área de transmissão em Porto Alegre, trabalho conjunto entre DVAS, 1ª CRS, SMS de Porto Alegre e FEPPS/IPB-LACEN; levantamento em Canoas (SMS, FEPPS/IPB-LACEN e DVAS), com o objetivo de estudar a biologia das espécies de *Lutzomyia spp.*;
- capacitação dos veterinários da Região Metropolitana de Porto Alegre para identificação da LTA em animais domésticos (cães e gatos), parceria entre a DVAS, 1ª CRS e FIOCRUZ/RJ, tendo como objetivo identificar as áreas onde pode estar ocorrendo a transmissão, até mesmo humana, mas onde ainda não foram notificados casos;
- levantamento da entomofauna com o objetivo de estudar a biologia das espécies de *Lutzomyia spp* no Estado, merecendo destaque o realizado na área de transmissão em Porto Alegre, trabalho conjunto entre DVAS, 1ª CRS, SMS e FEPPS/IPB-LACEN, capturas em São Miguel das Missões (SMS, 12ª CRS, DVAS e LACEN), capturas mensais no município de Maquiné (SMS, DVAS e FEPPS/IPB-LACEN).

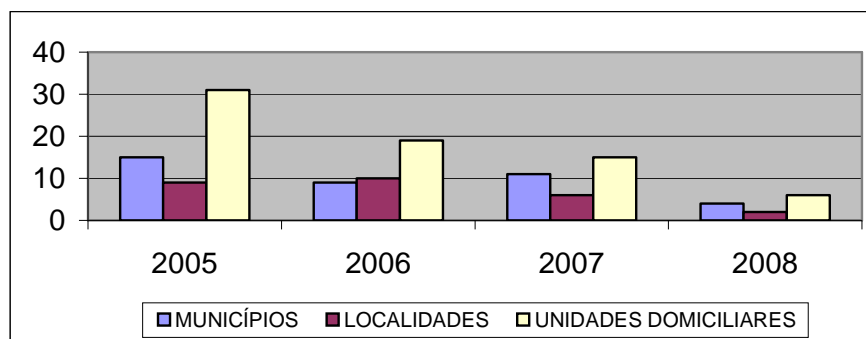
Programa de controle da Doença de Chagas

O Rio Grande do Sul foi o estado da federação com maior prevalência da doença de chagas na população em meados do século XX. A partir deste período, trabalhos intensos de pesquisa e controle químico dos vetores garantiram o sucesso no controle da doença, demonstrados em 2005, com a "Certificação da Interrupção da Transmissão da Doença de Chagas por *Triatoma infestans*". O inquérito sorológico nacional em crianças de 0 a 5 anos

(2001 a 2005) encontrou 14 sororreagentes no RS. Em 2004, a SES coletou amostras, também em crianças de 0 a 5 anos, em 13 municípios com persistência de *T. infestans* que não compunham a amostra sorteada do inquérito nacional, encontrando somente 1 (um) sororreagente. Todos os casos sororreagentes foram investigados e tratados. Demonstrou-se infecção materna em todos, assim como a inexistência do vetor nos domicílios de onde provinham as crianças.

O Programa de Controle da Doença de Chagas (PCDCh) mantém a vigilância entomológica e desenvolve ações estratégicas de controle na área de risco, como o Programa Melhoria Habitacional para Controle da Doença de Chagas (PMHCh) desde 2001, uma parceria da SES com a FUNASA-MS. A vigilância passiva foi ampliada através da descentralização das visitas aos postos de informações de triatomíneos (PITs) instalados nos municípios, o que permite vigilância entomológica dos triatomíneos em todo o território estadual. Desde 2003, os municípios com resíduos de infestação de *T. infestans* estão restritos à área noroeste do estado, certamente pelos hábitos culturais dos moradores de manterem em suas propriedades vários anexos no peridomicílio. Para o controle deste vetor, é fundamental a manutenção da pesquisa ativa, pois a tendência dos achados de *T. infestans* tem acompanhado a pesquisa ativa. A manutenção da enzootia chagásica pode ser observada pelos índices de infecção de *Trypanosoma cruzi* (Chagas, 1909) nos principais vetores encontrados no RS: *T. infestans* tem média de 4%; *Panstrongylus megistus* (Burmeister, 1835), 15%; *Triatoma rubrovaria* (Blanchard, 1843), 0.9%; e *Triatoma sordida* (Stär, 1859), 1,76 %.

Gráfico 32 - Número de municípios, número de localidades e unidades domiciliares positivas para *T. infestans* nos últimos anos, RS, 2005-2008.



Fonte: CEVS/SES-RS

Quadro 1 – Municípios com presença de *T. infestans*, RS, 2005-2008.

Município	CRS	2005	2006	2007	2008
Ajuricaba	17	X	X	X	N
Alecrim	14	X	N	X	N
Alegria	14	X	X	X	N
Augusto Pestana	17	N	N	X	N
Catuípe	17	X	N	N	N
Coronel Barros	17	N	X	X	N
Dezesseis de Novembro	12	X	N	N	N
Doutor Mauricio Cardoso	14	N	X	X	N
Giruá	14	N	N	N	X
Guarani das Missões	12	X	X	N	N
Humaitá	17	N	N	X	N
Ibirubá	9	N	X	N	N
Ijuí	17	X	N	X	X
Mato Queimado	12	X	N	N	N
Nova Candelária	14	X	N	N	N
Panambi	17	X	N	N	N
Porto Mauá	14	N	N	X	N
Salvador das Missões	12	N	N	X	N
Santa Rosa	14	X	N	N	N
Santo Cristo	14	X	X	X	X
São José do Inhacorá	14	N	X	X	X
Treze Maio	14	X	N	N	N
Tucunduva	14	X	N	N	N

Fonte: CEVS/SES-RS

Legenda:

X: presença detectada do vetor,

N: não detectado a presença do vetor.

Simulídeos (Borrachudos)

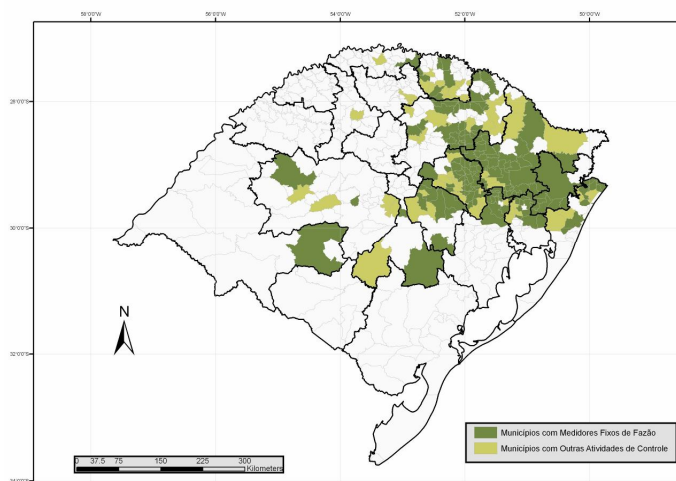
O controle dos insetos conhecidos como simulídeos (borrachudos) ocorre devido a magnitude do problema no estado. Esta pode ser avaliada a partir da constatação de que em cerca de 50 % da área geográfica do Rio Grande do Sul registram-se ataques do inseto, causando desde o incômodo de picadas sem complicações até alergias e dermatites severas. Atualmente, 207 municípios encontram-se vinculados ao programa e apresentam uma rede de 147 medidores de vazão que permitem que o controle entomológico com a utilização de biolarvicida à base de *Bacillus thuringiensis*, variedade *israelensis* (Bti), seja realizado com

segurança e eficiência. Outras ações que objetivam o controle preconizado pela SES também são empregadas, como o manejo ambiental, educação ambiental e o controle mecânico.

O monitoramento do ataque dos insetos às populações humanas é realizado por meio de seu registro em “Ficha Epidemiológica de Ataque de Simulídeo”. Entre 2006 e 2007, foram registradas 5.081 fichas provenientes de 37 municípios. A avaliação destes dados indica que 52,23% das pessoas apresentam alergias e/ou dermatites associadas às picadas do inseto, contra 36,09% de picadas sem manifestações alérgicas ou dermatites.

No mesmo período, foram realizadas 165 coletas em 85 municípios, com levantamento de 16 espécies da família Simuliidae. Destas, 8 espécies são implicadas no ataque às pessoas, sendo as mais frequentes e abundantes *Simulium pertinax*, *Simulium* grupo *incrustatum*, *Simulium inaequale* e *Simulium orbitale*, todas com comportamento bastante antropofílico, que justifica a grande pressão por parte das populações dos municípios do Rio Grande do Sul em busca de uma solução para este problema.

Figura 10 - Municípios atendidos pelo Programa de Controle de Simulídeos, RS, 2008.



Fonte: CEVS/SES-RS

Alguns Surtos e Doenças Emergentes

Nos últimos anos houve detecção de vários surtos e situações inusitadas que desencadearam processos de investigação e ações de controle. Esse fato ocorreu paralelamente à descentralização e deve estar relacionado à ampliação da cobertura do

sistema de vigilância, com a progressiva estruturação dos municípios e capacitação de um número crescente de profissionais. Salientam-se, a seguir, algumas dessas situações:

- Psitacose: janeiro de 2006 - doença respiratória em profissionais ligados ao “Núcleo de Recuperação de Animais Silvestres” da Universidade Federal de Pelotas. O surgimento dos casos foi relacionado ao recolhimento pelo IBAMA, àquela instituição, de aves silvestres (94 caturritas/*Myopsitta monachus* e dois cardeais/*Paroaria coronata*) apreendidas no município de Hulha Negra/RS. Confirmação de casos nos municípios de Pelotas a Hulha Negra. Outro surto, no município de Alegrete, com confirmação de um (1) caso.
- Em novembro de 2007, em Porto Alegre, Canoas e outros municípios, confirmação de 20 casos em humanos.

A recorrência desse tipo de situação em nosso meio aponta a necessidade de articulação entre os diversos setores envolvidos para a prevenção de novos surtos.

- Febre Maculosa Brasileira: Em janeiro de 2006 foi confirmado o primeiro caso de febre maculosa no estado, no município de Cerro Largo. No processo de investigação foi implicado carrapato da espécie *Amblyomma ovale*. A partir de então, e considerando a emergência da doença em outras regiões do país, foi implantada a vigilância da mesma e outras rickettsioses no Rio Grande do Sul. A demanda da população, através da notificação de ectoparasitismo, levou, nos últimos meses, à coleta de mais de 200 exemplares de carrapatos para identificação.

2.4 Doenças Transmissíveis Crônicas

2.4.1 Tuberculose

A tuberculose continua sendo um grave problema de Saúde Pública no Estado, tendo em vista a incidência de casos de tuberculose pulmonar, especialmente os bacilíferos, a mortalidade por tuberculose e a crescente associação com o HIV/AIDS (em torno de 18%). São 5.000 casos da doença notificados, em média, por ano, o que corresponde a um coeficiente de incidência em torno de 45 casos por 100.000 habitantes.

No Estado, a vacina BCG tem atingido cobertura de 100% nos últimos 4 anos, com consequente baixa incidência de tuberculose em menores de 15 anos, principalmente nas formas meníngea e miliar.

Dos 496 municípios existentes no RS, 24 concentram 70% dos casos notificados de tuberculose. Os municípios prioritários para o controle da tuberculose no estado são Alegrete, Alvorada, Bagé, Cachoeira do Sul, Cachoeirinha, Canoas, Charqueadas, Esteio, Guaíba, Gravataí, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Rosário do Sul, Santa Maria, São Borja, Sapiranga, São Gabriel, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Uruguaiana e Viamão.

Para tanto, torna-se necessário investir na qualificação dos serviços de saúde e na capacitação dos profissionais de saúde para as ações de vigilância e controle da tuberculose, além da integração com a rede de Atenção Básica (PACS/PSF) e da participação do controle social e da sociedade civil organizada.

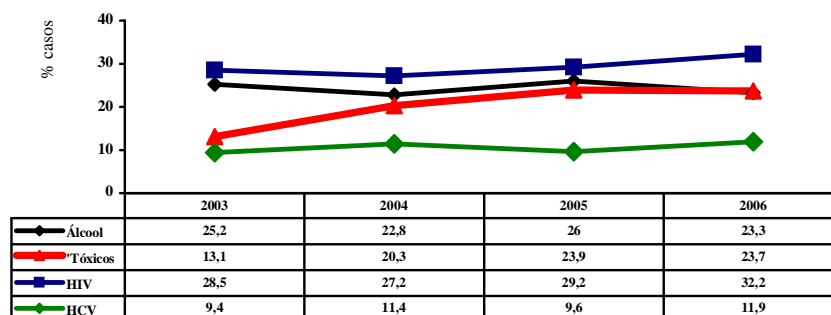
É importante enfatizar a necessidade de intensificar a busca dos sintomáticos respiratórios para diagnosticar a fonte de infecção na comunidade pela baciloscopia (70% dos casos estimados), de ampliar o exame dos contatos dos pacientes bacilíferos e de melhorar as taxas de cura, especialmente através da adoção do tratamento supervisionado.

Os municípios considerados prioritários devem incluir nos seus Planos Municipais de Saúde o Plano Municipal de Controle da Tuberculose, conforme a Resolução da CIB/RS nº139/05. A adesão ao Plano Municipal de Controle da Tuberculose deverá ser realizada gradativamente pelos demais municípios do Estado, conforme a incidência de casos diagnosticados.

O estado conta com o Hospital Sanatório Partenon – HSP, especializado na atenção à Tuberculose. Os pacientes são, na maioria (68%), da capital, sendo 20% da grande Porto Alegre e 12% do interior (dados de 2001-2007). As comorbidades associadas à doença são supostamente fator na baixa adesão ao tratamento, o que aumenta consideravelmente a disseminação da doença na população.

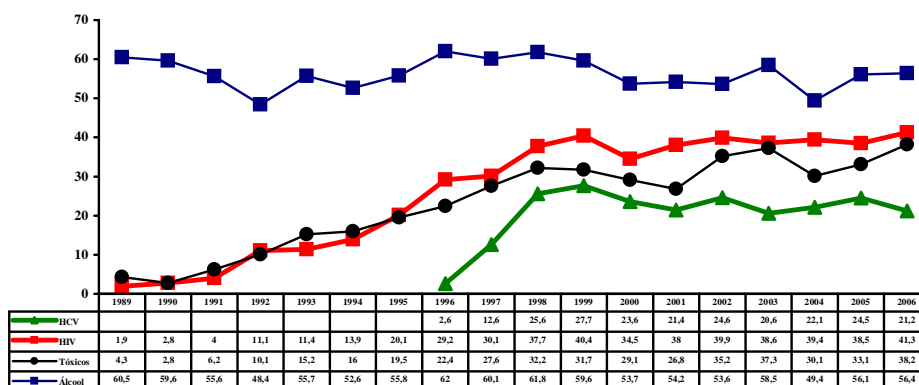
Além da contratação de mais profissionais da área de enfermagem (técnicos e enfermeiros) são necessários recursos humanos capacitados para o atendimento dos casos de dependência química (álcool e outras drogas), em unidade específica de internação, projeto em tramitação no MP, com retaguarda tecnológica compatível com as complicações clínicas decorrentes das comorbidades. A educação permanente dos funcionários é essencial.

Gráfico 33 – Com Morbidades Associadas à tuberculose em Adultos Atendidos no Ambulatório de Tisiologia e Internados no HSP/SES-RS, 2003-2006.



Fonte: HPS/DCH/SES-RS

Gráfico 34 – Percentual de casos de HIV, HCV, alcoolismo e drogadição no Ambulatório de Tisiologia (AT) e na Unidade de Internação (UI) do HSP/SES, RS, 2003-2006.



Fonte: HPS/DCH/SES-RS

2.4.2 Hanseníase

O Rio Grande do Sul alcançou a meta da eliminação da hanseníase preconizada pela OPS/OMS, de um caso para 10.000 habitantes, em grande parte dos municípios, porém, alguns apresentam índices de prevalência que podem ser considerados muito altos.

A taxa de detecção se mantém estável, desde 1997 até 2007 (tabela 24).

Tabela 24 - Taxa de detecção de casos de hanseníase por 10.000 hab., RS, 1997-2007.

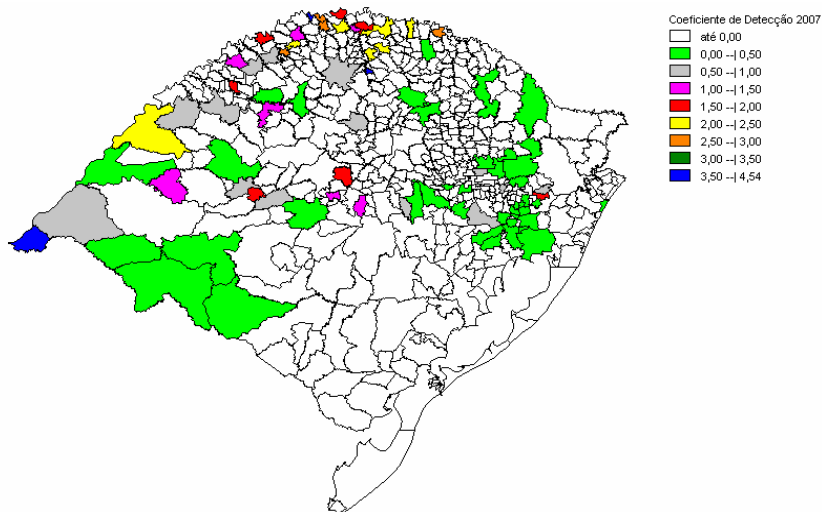
Ano	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Taxa	0,2	0,19	0,18	0,2	0,18	0,22	0,22	0,23	0,22	0,17	0,17

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS

No ano de 2007, a detecção constatada foi de 0,17 por 10.000, com 189 casos novos de hanseníase, distribuídos em 93 municípios (19% dos 496 municípios do Estado). Quanto ao grau de incapacidade, 45% dos casos apresentam Grau III, 40% dos casos Grau I e 15% Grau II. Os dados mostram que o diagnóstico da doença está sendo tardio, pois 60% dos pacientes são diagnosticados com algum grau de incapacidade instalada – graus I e II. Neste aspecto, é importante observar que a avaliação do grau de incapacidade na cura também tem sido baixa, 55% em 2007.

A distribuição por municípios, segundo a taxa de detecção em relação à média do Estado e à meta da OPS/OMS, está expressa na figura 11. É importante que se observe a distribuição por município, pois algumas CRS de coeficiente baixo apresentam áreas altamente endêmicas.

Figura 11 - Taxa de detecção de casos de hanseníase, por município, RS, 2007.



Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS

As taxas observadas nos últimos anos demonstram a necessidade de incrementar as ações de vigilância, especialmente intensificação dos exames dos contatos intradomiciliares de todos os casos novos diagnosticados, divulgação de sinais e sintomas à população e realização de capacitações para profissionais da rede de atenção básica.

Tabela 25 - Taxa de prevalência de casos de hanseníase por 10.000 hab., RS, 1997-2007.

Ano	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Taxa	0,54	0,47	0,41	0,42	0,21	0,24	0,23	0,21	0,21	0,21	0,17

Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS

A taxa de prevalência de hanseníase vem se mantendo em índices baixos (tabela 25), o que confirma que o Rio Grande do Sul continua a atingir a meta nacional de menos de um doente para cada 10.000 habitantes. Porém, 55% dos pacientes no ano de 2007 apresentam incapacidades, alertando para uma prevalência oculta em função do diagnóstico tardio. O paciente segue contaminando seus contatos enquanto não diagnosticado e tratado, o que mantém intacta a cadeia de transmissão e fortalece a necessidade de intensificar a busca pelos contatos intradomiciliares e de capacitar as equipes para a correta avaliação dos graus de incapacidade.

Apesar de o Rio Grande do Sul não ter municípios prioritários segundo os critérios do Ministério da Saúde, existem zonas endêmicas, de alta e média prevalência, sendo necessário o reforço das ações de vigilância epidemiológica.

III – ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE

1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

1.1 Vigilância em Saúde

O Centro Estadual de Vigilância em Saúde - CEVS, departamento da SES, coordena a Política de Vigilância em Saúde no estado e está integrado ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Este envolve ações e estruturas federais, estaduais e municipais e compõe o esforço do SUS para a construção da integralidade da atenção à saúde no país.

A saúde é condicionada e determinada por fatores biológicos, ambientais, sociais, econômicos e culturais. As condições de vida e trabalho, a forma como as pessoas se expõem a riscos e agravos, a organização do sistema de saúde e a maneira como se conduz a forma de viver, juntamente com as condições biológicas e genéticas determinam a qualidade de vida.

A Vigilância em Saúde se propõe a utilizar a capacidade tecnológica das equipes de saúde para, em conjunto com a população através de ações intersetoriais e de intervenções específicas, buscar resolver os problemas que afligem a sociedade e que ameaçam sua qualidade de vida. Tem como objetivo maior a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis.

Monitorando doenças e agravos, identificando e controlando os riscos, adotando ou recomendando formas e mecanismos de ações de controle ou estabelecendo diretrizes para otimizar a ação dos serviços assistenciais, a vigilância interage com a população através das equipes de Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador.

O CEVS encontra-se estruturado, de acordo com o Decreto nº 44.050, de 05 de outubro de 2005, (publicado no Diário Oficial do Estado de 06 de outubro de 2005), por seis divisões que atuam de forma articulada e integrada, a saber: Divisão de Vigilância Epidemiológica, Divisão de Vigilância Sanitária, Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde, Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador, Divisão de Apoio Técnico e Divisão Administrativa. Nas Coordenadorias Regionais de Saúde são mantidos os Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde – NUREVS, responsáveis pela coordenação regional e articulação das ações de vigilância com as secretarias municipais de saúde. Seguindo o princípio da

descentralização, os municípios desenvolvem a maior parte das ações específicas de vigilância de acordo com programação previamente acordada e pactuada.

Elemento fundamental da vigilância, a informação produzida pelas equipes municipais e regionais é consolidada no CEVS, retornando aos municípios devidamente analisada pelo Núcleo de Análise Situacional para subsidiar as ações através dos Boletins Epidemiológicos, Indicadores Seleccionados e Diagnóstico de Saúde, sob coordenação editorial do Centro de Informação e Documentação.

Desenvolve-se no estado e no país uma rede de informação estruturada que busca agilidade no fluxo de informações estratégicas. Esta conformação permite ao SUS condições de pronta resposta aos desafios atuais da saúde pública. Com o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde conectado à rede nacional de vigilância, o CEVS acompanha os eventos de saúde pública de interesse nacional e internacional, interagindo com o Ministério da Saúde e secretarias municipais. A Unidade de Resposta Rápida, em implantação, garantirá a agilidade nas intervenções conjuntas que se fizerem necessárias no estado.

A interação direta com a população é desenvolvida através do Disque-Vigilância, que mantém plantão diário pelo telefone 150 (sistema 0800).

A Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde – FEPPS - é uma instituição pública de direito público, do poder executivo do Estado, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde – SES - do Rio Grande do Sul. Foi criada através da Lei 10.349/94 e sua missão é apoiar as políticas de saúde pública através de pesquisa e desenvolvimento, assessoramento e execução das políticas, programas e projetos em saúde, servindo de referência à vigilância em saúde do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8080/90).

Diagnóstico de Agravos em Saúde Pública (Rede de Laboratórios de Saúde Pública)

A FEPPS, através do IPB-LACEN, tem o papel de atender a demanda proveniente da vigilância laboratorial de agravos de notificação compulsória e outros de interesse da saúde pública nas áreas de saúde do trabalhador, de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária. Realiza o monitoramento de leite e derivados, água, hortifrutigranjeiros comercializados no estado, diagnóstico laboratorial de dengue, hantavírus, febre amarela, leishmaniose, AIDS, hepatites virais, tuberculose, etc. A Lei 8.080/90 revitaliza o papel do

Laboratório de Saúde Pública quando define a especificidade do sistema laboratorial, reafirmando a diretriz coletiva e preventiva para as prioridades de saúde pública.

No ano de 2008, foram realizadas mais de 582 mil análises laboratoriais nas áreas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador. Apresenta destaque nas análises de água para consumo humano, através dos programas VIGIÁGUA e SISÁGUA, perfazendo um total de 161.427 determinações no ano de 2008, sendo referência nacional nesta área. É relevante o elevado número de análises ambientais, em especial de vetores para a dengue, com um total de 143.530 análises.

O laboratório central e os regionais, em 2008, realizaram 54.765 análises de HIV, 40.028 de hepatites virais, perfazendo um total em virologia de 132.353 análises (dengue, carga viral, CD4/CD8, sarampo, rubéola, entre outras), 4.742 análises relacionadas à parasitologia (chagas, toxoplasmose, malária, leishmaniose, entre outras), 7.348 análises de micoses e actinomicetoses, 11.300 de tuberculose (baciloscopias), cultura, teste de sensibilidade e controle de qualidade), totalizando 27.789 análises bacteriológicas diversas (leptospirose, cólera, meningites, controle biológico de esterilização, coqueluche, sífilis e febre tifóide). Em relação à área sanitária, foram processadas 14.435 determinações na área microbiológica (surtos de toxi-infecção alimentar, produtos industrializados e preparados), 4.115 determinações microscópicas de produtos diversos (mel, leite uht, açúcar mascavo, arroz) e 4.066 determinações em contaminantes (pesticidas e micotoxinas).

A Pesquisa de Satisfação de Usuários demonstrou não haver percentual de rejeição no decorrer deste ano. Neste sentido, possui a prerrogativa legal de coordenar, supervisionar, implementar e realizar diversas atividades de interesse em saúde pública na rede de laboratórios públicos e privados do estado. Possui ainda o compromisso de realizar o controle de qualidade analítica da rede estadual de laboratórios, de promover a capacitação de recursos humanos e de habilitar, observada a legislação específica a ser definida pelos gestores nacionais das redes, os laboratórios que serão integrados à rede estadual, informando ao gestor nacional respectivo. Para tanto, implementa ações através da Gerência da Qualidade e da Comissão Interna de Biossegurança.

Nos laboratórios regionais, foram implantadas e/ou implementadas novas metodologias de interesse para os programas de saúde. A descentralização dos diagnósticos por macrorregião permitirá incrementar a efetiva coordenação da rede estadual de

laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, em cumprimento à Portaria 2031/04 (SISLAB).

Vigilância Epidemiológica

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – SNVE - foi instituído pela Lei nº. 6229, em 1975, e compreende o conjunto de instituições do setor público e privado componentes do Sistema Único de Saúde que, direta ou indiretamente, notificam doenças e agravos, prestam serviços a grupos populacionais ou orientam a conduta a ser tomada no controle das mesmas.

O conceito de Vigilância Epidemiológica, promulgado na Lei 8080/90, é definido como: “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. A Vigilância Epidemiológica disponibiliza informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, bem como dos seus fatores condicionantes em uma área geográfica ou população determinada para a execução de ações de controle e prevenção.

Além disso, é um instrumento importante para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normalização de atividades técnicas correlatas. Sua operacionalização compreende um conjunto de funções específicas e complementares que devem ser, necessariamente, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo em questão. Deste modo, serão implementadas ações de intervenção pertinentes e eficazes.

São funções da Vigilância Epidemiológica:

- coleta, análise e interpretação de dados;
- investigação epidemiológica;
- recomendação, execução e avaliação das medidas de controle apropriadas;
- divulgação das informações.

As competências do sistema de saúde abarcam todo o espectro das funções de vigilância epidemiológica, porém com especificidade variável, de acordo com o nível de atuação, se municipal, estadual ou federal. As ações executivas são inerentes ao nível

municipal, cabendo aos níveis estadual e federal coordenar, assessorar, monitorar e atuar, se necessário, de forma complementar ou suplementar os municípios. Quanto mais eficientemente essas funções forem realizadas no nível local, maior será a eficácia das ações de controle desenvolvidas.

Após a implantação da NOB/SUS/96, grandes avanços ocorreram na descentralização das ações de vigilância epidemiológica, por prever o aporte contínuo de recursos financeiros específicos para esta área, como também por definir requisitos e atividades mínimas a serem desenvolvidas pelos municípios, dependendo do nível de gestão em que estiverem habilitados.

A relação de doenças de notificação compulsória tem sofrido revisões durante as últimas décadas. A portaria vigente é a de n.º 05, de 21 de fevereiro de 2006, que define a relação de doenças de notificação compulsória para todo o território nacional. No Rio Grande do Sul, caxumba e toxoplasmose são as doenças de notificação estadual. Além disso, todas as suspeitas de surtos ou de ocorrência de agravo inusitado devem ser investigadas e imediatamente notificadas aos níveis hierárquicos superiores pelo meio mais rápido de comunicação disponível, podendo ser utilizado o Disque Vigilância – 150.

Todo o sistema de vigilância é organizado tendo como objetivo o controle, a eliminação ou a erradicação de doenças ou agravos, ou seja, a Vigilância Epidemiológica somente se justifica se for capaz de servir para a adoção de medidas que impactem as doenças no sentido da redução da morbimortalidade. Dessa forma, após a análise dos dados, deverão ser definidas imediatamente as medidas de prevenção e controle mais pertinentes à situação como, por exemplo, bloqueios vacinais contra sarampo/rubéola, quimioprofilaxia em doença meningocócica, controle de vetores. Todo o processo deve ocorrer no nível mais próximo da ocorrência do problema para que a intervenção seja mais oportuna e, conseqüentemente, mais eficaz.

Para coordenar o desenvolvimento das atividades previstas no âmbito do estado do Rio Grande do Sul, a Divisão de Vigilância Epidemiológica – DVE - está estruturada em três núcleos, a saber:

- Núcleo de Vigilância das Doenças Transmissíveis;
- Núcleo de Vigilância das Doenças Não Transmissíveis;
- Núcleo de Imunizações.

Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária - VISA, no âmbito do SUS, tem como objetivo a promoção e a proteção da saúde, garantindo a segurança sanitária da produção e da comercialização de produtos e serviços, inclusive dos ambientes, processos, insumos e tecnologias a eles relacionados. A VISA não somente realiza ações de atenção à saúde de competência do SUS como conduz processos de trabalho com caráter prioritário, por sua natureza essencialmente preventiva. Grande parcela da economia do país está sob o arcabouço regulatório da VISA, cujas ações são desenvolvidas pelo poder público, caracterizando-se como típicas de Estado.

A responsabilidade por múltiplas ações para a promoção e proteção da saúde exige grande capacidade de articulação entre diversas áreas do conhecimento, instituições públicas e privadas e instâncias de governo ao atuar sobre uma imensa gama de produtos e serviços que incluem desde o transporte de órgãos humanos para doação à higiene de uma barraca de caldo de cana. Para tal, os serviços de VISA necessitam de profissionais capacitados e conscientes da importância da qualidade desses serviços e da participação da população, exigindo dos governantes respostas concretas para os problemas da comunidade.

A VISA renovou-se e sofreu mudanças nesta última década, devido, principalmente, ao processo de descentralização de ações e recursos financeiros, tanto nos estados como nos municípios. Um avanço importante foi a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que tem como principal desafio ampliar e reforçar a rede de parceiros institucionais, em especial as secretarias estaduais e municipais de saúde.

O desafio atual da VISA é a promoção da saúde com o desenvolvimento de uma consciência sanitária através da apropriação de conhecimentos pela comunidade em um processo de inclusão que desenvolva a cidadania, a transparência e o controle pela população. Para enfrentar este desafio, é necessário promover a descentralização da VISA, alinhada ao princípio do SUS, sendo competência da VISA Estadual, incluídas as Coordenadorias Regionais de Saúde através dos Núcleos de Vigilância em Saúde, estimular a assunção de ações, assessorar, acompanhar a gestão às ações municipais. Este conjunto de ações sob a responsabilidade do nível estadual é dificultado pela falta de servidores, historicamente dedicados a desenvolver ações de inspeção e licenciamento para as quais

existe carência de recursos humanos, em especial, de técnicos farmacêuticos, químicos, físicos e enfermeiros.

A VISA estadual, atualmente, possui em seu quadro de servidores 148 fiscais sanitários, incluídos os das CRS, responsáveis pela fiscalização e licenciamento dos estabelecimentos estratégicos para o Sistema Estadual de VISA. O nível de atividade da VISA demonstra que ainda é preciso avançar muito no processo de descentralização de suas ações: no ano de 2008 foram liberados 6.144 alvarás sanitários pela VISA estadual.

Compete a VISA estadual, atualmente, as seguintes ações:

- alimentos: analisar processos de registro de alimentos;
- cosméticos: industrialização e reembalagem de protetores solares e produtos para cabelo de grau de risco II;
- medicamentos: industrialização de medicamentos e de insumos farmacêuticos;
- saneantes: industrialização e reembalagem de desinfetantes;
- serviços de saúde assim caracterizados:
 - a) serviço de esterilização e/ou reprocessamento de materiais e artigos por óxido de etileno - ETOo, plasma e outras tecnologias específicas, oxigenoterapia hiperbárica e banco de leite humano;
 - b) hemocentro coordenador, bancos de células e/ou outros tecidos, e central de notificação, captação e distribuição de órgãos;
 - c) serviço de radioterapia e serviço de medicina nuclear;
 - d) correlatos (produtos para saúde): industrialização de correlatos (grupos 3 e 4, incluídos kits diagnósticos *in vitro*).

Descentralização das Ações de VISA

O processo de descentralização das ações de VISA no estado foi organizado a partir da Resolução CIB/RS nº. 250/07. Essa resolução foi estabelecida a partir de processo democrático, que envolveu um conjunto com representantes da VISA Estadual e comissão técnica com representação de gestores de municípios de pequeno, médio e grande porte indicada pela CIB Estadual para compor uma câmara técnica que discutiu o tema.

A resolução CIB/RS nº. 250/07 delimita as competências para a realização de ações de VISA no âmbito do Sistema Estadual de VISA, assim como define critérios de repasse de recursos financeiros para sua realização. O componente teto financeiro da VISA - TF VISA - prevê o repasse de recursos financeiros denominados: estruturante, no montante de R\$ 0,36/habitante/ano, repassados a todos os municípios do RS; e estratégico, no montante de R\$ 0,20/habitante/ano, repassados aos municípios que assumiram a realização de um conjunto de ações estratégicas de VISA.

A partir da Resolução CIB/RS nº. 250/07, o processo de descentralização das ações de VISA ganhou incremento, sendo que até o momento 380 municípios formalizaram sua adesão. Desses, 65 recebem o recurso estratégico, sendo que 23 destes assumem ações estratégicas de maior complexidade, conforme o Anexo V da Resolução CIB nº. 250/07.

Sistema de Informação

As ações de VISA ocorrem sobre produtos e serviços que potencialmente podem causar agravos à saúde, cuja estruturação e planejamento prescindem de um sistema de informação de base nacional que permita a integração das informações entre os níveis da VISA. Um dos grandes desafios enfrentados pela VISA tem sido a construção de um sistema de informação que contemple dados municipais e estaduais. O acesso aos dados dos estabelecimentos e serviços é fundamental para a geração de informações necessárias à construção e fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, auxiliando os gestores e profissionais de serviço no planejamento e execução de ações.

O sistema de informação atualmente utilizado pelo nível estadual é o Sistema ALI, que cadastra estabelecimentos e emite alvarás. O ALI foi desenvolvido e é provido pela PROCERGS; contém dados da VISA estadual, mas não está disponível para municípios, que

dispõem de diferentes sistemas que não permitem a integração com os demais níveis da VISA.

Atualmente, a VISA Estadual, em conjunto com a PROCERGS, através de um convênio finalizado em dezembro de 2008, iniciou um processo de capacitação para viabilizar a implantação do SINAVISA no RS, que é o Sistema Nacional de Informação em VISA criado pela ANVISA. O processo prevê sua implantação em nível central, em nível regional e em nível municipal, sendo esperado que num prazo de três anos o SINAVISA esteja implantado e propicie disponibilização e integração de dados de VISA sobre todo o RS.

Projetos Prioritários

Pequenos Vigilantes

Muitas mudanças práticas e conceituais vêm ocorrendo na VISA. Até um passado recente, ela era mais conhecida por sua ação fiscalizatória e pelo poder de polícia que lhe é conferido. Hoje a VISA ganha uma nova feição e vem se impondo como uma importante prática de prevenção de riscos à saúde e promoção de qualidade de vida.

Na questão da promoção, a VISA estadual pretende adotar a mais bem sucedida experiência municipal, o projeto Pequenos Vigilantes, desenvolvido no município de Montenegro. Este projeto está em fase inicial de construção e pretende ensinar a estudantes do ensino fundamental seus direitos de consumidor, buscando produtos e serviços de qualidade e promovendo a cidadania. Seus objetivos específicos são:

- estimular nas crianças do ensino fundamental o exercício e a observância de seus direitos e deveres como cidadãos e consumidores;
- tornar as atribuições da vigilância em saúde conhecidas entre os escolares do ensino fundamental;
- fomentar a educação em saúde no ensino público;
- promover a participação comunitária em saúde;
- multiplicar os conceitos trabalhados no projeto para os familiares das crianças, bem como para as comunidades em que estão inseridas;

- trabalhar a intersetorialidade entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Educação.

Programa Estadual de Monitoramento da Qualidade Sanitária de Produtos Lácteos.

Este programa tem como instituições parceiras o Laboratório Central do Estado - FEPPS/IPB-LACEN/SES-RS - e a Coordenadoria de Inspeção Industrial e Sanitária de Produtos de Origem Animal do Departamento de Produção Animal da Secretaria Estadual da Agricultura, Pecuária, Pesca e Agronegócio. Está sendo desenvolvido e coordenado pelo Setor de Vigilância de Alimentos da Divisão de Vigilância Sanitária, no período de 2008-2010, e tem como objetivo monitorar e fiscalizar a condição higiênico-sanitária do leite e derivados produzidos e comercializados no estado. Como resultado da ação, espera-se atingir elevado padrão de identidade e qualidade, assegurando a inocuidade e o valor nutricional dos produtos fabricados e comercializados no Rio Grande do Sul.

Vigilância em Saúde do Trabalhador

A Política Estadual de Saúde do Trabalhador visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes atuais, integradas à política nacional, compreendem a atenção integral à saúde, incluindo as ações de vigilância, a articulação intra e intersetorial, a consolidação do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador - SIST, a articulação com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN-NET, o apoio a estudos e pesquisas, a elaboração e a aplicação de protocolos e normas técnicas, a produção de material educativo, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações.

Em 2007, foi incluído na pactuação do estado com os municípios (Pacto pela Saúde) um indicador de notificação de agravos no SIST (Notificar Doenças e Agravos à Saúde do Trabalhador em Unidades de Saúde).

Cabe ao estado coordenar e, em caráter complementar, executar as ações e serviços de saúde do trabalhador, incluindo aquelas de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho; cabe ao município participar da execução, controle e avaliação das

ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho e executar os serviços de saúde do trabalhador. Uma das estratégias para a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores é a implantação dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST, que compõem a Rede Nacional de Atenção – RENAST. Vinculado à Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador do CEVS, o CEREST Estadual coordena as ações da RENAST no RS. Encontram-se em funcionamento no estado os CEREST de Porto Alegre, Ijuí, Santa Cruz do Sul, Pelotas, Santa Maria, Palmeiras do Sul, Caxias do Sul e Erechim; os centros de Passo Fundo e Alegrete devem entrar em breve em atividade. Discute-se a implantação de pelo menos mais um na Região Metropolitana, ainda não definida a localidade. Outros centros poderão ser implantados, mas estão na dependência de deliberação da Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador, vinculada ao Conselho Estadual de Saúde.

Os CEREST recebem recursos financeiros do Fundo Nacional da Saúde e do Fundo Estadual de Saúde para realizar ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho. Atuam em conjunto com as redes de assistência ambulatorial e hospitalar do SUS e interagem com as demais instituições relacionadas ao trabalho (INSS, DRT, sindicatos, MP, entidades empresariais, etc.).

O perfil de morbimortalidade do estado não difere do verificado no restante do país. Os trabalhadores sofrem agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as “doenças profissionais”, doenças que têm sua frequência, surgimento ou gravidade modificados pelo trabalho, denominadas “doenças relacionados ao trabalho”; e doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas condicionam a saúde dos trabalhadores. Através do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador foram analisados os registros de todos os agravos relacionados aos trabalhos notificados no RINA em 2008.

No ano de 2008, foram notificados no RINA 19.488 agravos, sendo que 91,69% deles foram acidentes de trabalho – AT - e 8,31%, doenças. Dentre os acidentes de trabalho, 93,26% ocorreram no local de trabalho e 6,73%, no trajeto. Quanto ao sexo, 72,75% acometeram trabalhadores do sexo masculino (entre os ATs 74,95% atingiram o masculino e entre as doenças, 51,51%, o feminino). Na faixa etária de 18 a 29 anos, houve maior número

de ocorrências, tanto no total de agravos (37,92%), quanto nos acidentes (39,49%). Já entre as doenças, a maioria foi entre 40 a 49 anos (32,18%). Mais da metade dos agravos atingiu celetistas (58,44%), seguidos de autônomos (13,8%), servidores públicos (6,52%) e trabalhadores informais (4,58%). Na zona urbana, ocorreram 79,90% dos agravos. Dentre os acidentes de trabalho, os principais agravos foram os traumas (78,06%), seguido de acidentes com material biológico (6,37%), corpo estranho (4,04%), queimaduras (3,19%) e intoxicações (1,23%). Entre os traumas, 47,05% acometeram a região do punho e da mão e chama também atenção o elevado percentual de esmagamentos e amputações (4,48%). Já entre as doenças, LER/DORT (51,2%), transtornos mentais (8,92%), doenças infecciosas (6,75%), PAIR (3,28%) e doenças do aparelho respiratório (2,85%) foram as mais encontradas. Referente à atividade econômica, os setores mais atingidos foram metalurgia (17,06%), agricultura (14,52%), saúde (10,37%) e alimentação (6,83%).

Entre as ações de vigilância que tem sido desenvolvidas pela DVST, destacam-se:

- gerenciamento do SIST;
- atendimento das demandas de denúncias em vigilância aos ambientes de trabalho juntamente com os NUREVS das CRS, municípios e órgãos representantes de trabalhadores;
- realização de ações de vigilância aos ambientes de trabalho, conforme eventos (agravos) identificados no SIST;
- participação nas ações de vigilância em saúde do CEVS e de outras instituições;
- interação com outras instituições e programas relacionados ao trabalho;
- participação nos GT do amianto e do benzeno;
- vigilância do amianto;
- vigilância aos expostos ao chumbo;
- vigilância da pneumoconiose (garimpos);
- monitoramento e controle da perda auditiva induzida por ruído.

Vigilância Ambiental em Saúde

As transformações ocorridas no último século, decorrentes do crescimento populacional associado à radical urbanização da população e suas consequências sociais como a expansão da pobreza, a utilização dos recursos ambientais e sua degradação colocam-nos frente a novos riscos de doenças e agravos. A relação existente entre a saúde humana e o ambiente natural ou construído esteve sempre presente no planejamento das ações de vigilância e atenção à saúde, mas somente com a evolução tecnológica, especialmente dos sistemas de comunicação, torna-se possível a troca de informações, bem como o planejamento integrado entre os diversos setores produtivos (primário e secundário), ambiental e de infraestrutura com o setor saúde.

A implantação da Vigilância Ambiental em Saúde como um novo modelo de atenção significa um avanço substancial e fundamental no planejamento das ações de promoção e proteção da saúde das populações. Ocorre através do monitoramento e do controle dos problemas decorrentes do meio sendo, na maior parte, oriundo da ação antrópica sobre os ecossistemas e do conseqüente desequilíbrio resultante. Tem por objetivo identificar, eliminar ou reduzir a exposição humana, além de monitorar e amparar a população exposta ou acometida por agravos decorrentes.

Como principais objetivos da Vigilância Ambiental em Saúde se destacam:

- produzir, integrar, processar e interpretar informações, visando disponibilizar ao SUS instrumentos para o planejamento e execução de ações relativas às atividades de promoção da saúde e de prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente;
- estabelecer os principais parâmetros, atribuições, procedimentos e ações relacionados à vigilância ambiental em saúde nas diversas instâncias de competência;
- identificar os riscos e divulgar as informações referentes aos fatores ambientais condicionantes e determinantes das doenças e outros agravos à saúde;
- intervir com ações diretas de responsabilidade do setor ou demandando-as para outros setores, com vistas a eliminar os principais fatores ambientais de riscos à saúde humana;

- promover, junto aos órgãos afins, ações de proteção da saúde humana relacionadas ao controle e recuperação do meio ambiente;
- conhecer e estimular a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento, visando o fortalecimento da participação da população na promoção da saúde e qualidade de vida.

A Vigilância Ambiental em Saúde constitui-se no conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança na saúde humana decorrente da degradação do meio ambiente e tem a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de riscos, doenças ou agravos, em especial as relativas a vetores, reservatórios e hospedeiros, animais peçonhentos, qualidade da água destinada ao consumo humano, qualidade do ar, contaminantes ambientais, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos. Para sua implementação, é necessária e fundamental a criação de mecanismos que possibilitem o estabelecimento de parcerias com instituições públicas e privadas que compõem o SUS, bem como com as demais instituições que, de forma direta ou indireta, formulem ou conduzam ações de planejamento ou de execução de políticas relacionadas aos setores da economia, do meio ambiente, de saneamento e da infraestrutura para a adoção de ações integradas com o propósito de exercer a vigilância dos riscos ambientais que possam agravar as condições de saúde da população humana.

Destaca-se que a Vigilância Ambiental em Saúde tem necessariamente um caráter integrador inter e intra-setorial no encaminhamento e realização das atividades de vigilância e controle de riscos ambientais, de modo que desde o processo de planejamento, da execução, bem como da ação de avaliação, deverão ser estabelecidos, de forma conjunta, com todos os setores envolvidos, os mecanismos que guiarão as ações em um determinado território. No Estado, a Vigilância Ambiental em Saúde está estruturada em núcleos, de modo a atender fatores de riscos biológicos, fatores de riscos não-biológicos e os eventos ambientais adversos, sem que ocorra a dissociação entre tais áreas.

O Núcleo dos Eventos Ambientais Adversos à Saúde desenvolve atividades de forma a dar suporte nos desastres naturais e acidentes com produtos perigosos. Estes eventos ou situações são provocados por descargas acidentais de substâncias que envolvam riscos para a saúde humana ou para o meio ambiente. As atividades de vigilância e prevenção são articuladas com as instituições que atuam com prevenção, preparação e respostas para

emergências ambientais e acidentes químicos, visando o controle, a mitigação ou a eliminação dos riscos e dos efeitos dos desastres naturais sobre a população, bem como suas repercussões nos serviços de saúde.

O Núcleo de Contaminantes Ambientais de Origem não Biológica desenvolve ações de caráter não somente institucional, como também atua em parceria com demais setores de políticas públicas, destacando-se, entre esses, o Setor Ambiental e de Saneamento. Tem caráter multidisciplinar e está subdividida em programas, tendo por base a identificação dos riscos de contaminantes presentes nos principais elementos que compõem a natureza (água, ar e solo). Neste núcleo, são desenvolvidas atividades que objetivam a estruturação de programas regionais relacionados à qualidade ambiental:

- Programa de Vigilância Ambiental em Saúde Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIAGUA, realizado em conjunto com o CEVS e a FEPPS/IPB-LACEN, atua na totalidade dos município gaúchos e dedica-se ao cadastramento e monitoramento das fontes de abastecimento de água para o consumo humano, devendo evoluir para uma avaliação constante de indicadores epidemiológicos de agravos e doenças de veiculação hídrica, bem como da definição de indicadores atualizados de contaminação química do meio;

- Programa de Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade do Solo – VIGISOLO, atua prioritariamente na identificação de populações expostas a ambientes quimicamente contaminados para, após detalhamento técnico do impacto ambiental, em parceria com o Órgão Ambiental do Meio Ambiente - OEMA, estabelecer ações de proteção da saúde, tais como a transferência do ponto de captação de água de abastecimento e acompanhamento sistemático da situação de saúde da população;

- Programa de Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade do Ar – VIGIAR, atua no acompanhamento de populações expostas a contaminantes do ar, em áreas de influência industrial, de trânsito urbano e interurbano e, também, no caso do RS, em área de influência de termelétricas alimentadas por carvão mineral. Destacam-se ainda os esforços despendidos na busca da identificação do risco atmosférico através do uso de bioindicadores vegetais.

O levantamento destas informações, em parceria com demais setores afins, bem como a sua análise, incluindo o cruzamento dessas informações com outras variáveis

epidemiológicas e ambientais, fornecem os subsídios necessários para o planejamento de ações de prevenção e de controle dos riscos à saúde humana.

O Núcleo de Contaminantes Ambientais de Origem Biológica ocupa-se:

- da vigilância entomológica (características, presença, índices de infestação, avaliação da eficácia dos métodos de controle), com apoio da rede de laboratórios de saúde pública;
- das relações com as informações epidemiológicas (incidência e prevalência) de doenças, com apoio da rede de laboratórios de saúde pública;
- do impacto das ações de controle;
- da inter-relação com as ações de saneamento, que objetivam o controle ou a eliminação dos condicionantes ambientais dos riscos à saúde humana.

A vigilância de fatores de riscos biológicos relacionados aos vetores, transmissores de doenças e aos reservatórios e hospedeiros definitivos ou intermediários de agentes etiológicos de doenças tem como finalidade a identificação e o mapeamento do risco existente, em determinados territórios para o controle ou a eliminação dos riscos. Utiliza a vigilância ambiental e as suas relações com a vigilância epidemiológica quanto à incidência e prevalência destas doenças e do impacto das ações de controle, além da interação com a rede de laboratórios de saúde pública e a inter-relação com as ações de saneamento.

Destacam-se, neste núcleo, as seguintes ações:

- Projetos Especiais – atividades de vigilância voltadas ao monitoramento da presença e da distribuição dos dois principais vetores implicados na transmissão da febre amarela silvestre. Este projeto foi estabelecido em função da necessidade de monitorar a presença destes insetos no território do estado, com o mapeamento das áreas onde eles são encontrados, possibilitando à vigilância delimitar áreas de risco para possíveis epizootias e transmissão da febre amarela. Esta atividade vem sendo realizada regularmente;

- Pesquisa e vigilância de vetores da Malária – como o Rio Grande do Sul já vivenciou a transmissão da malária, o mapeamento da possível distribuição dos vetores desta doença possibilita a organização da vigilância para monitorar prováveis situações de transmissão autóctone que venham a ocorrer. O Rio Grande do Sul é rota de aves migratórias - vetores e hospedeiros da febre do Nilo Ocidental – que no inverno do hemisfério norte procuram ambientes mais propícios ao acasalamento e procriação. A partir do surto de febre do Nilo

Ocidental (que iniciou na cidade de Nova York, nos Estados Unidos, e hoje se espalha desde o Canadá ao México, com tendência a descer em direção ao Hemisfério Sul) e do conhecimento das rotas migratórias de pássaros vindos destes ambientes até o Rio Grande do Sul, uma sistemática atividade de avaliação destas aves é realizada na Lagoa do Peixe, litoral do estado, conhecido criatório de aves silvestres. Esta atividade é realizada em parceria com o IBAMA e com a Secretaria da Agricultura.

- Programa de Controle da Doença de Chagas - em 2000, as atividades deste programa foram descentralizadas e passaram da Fundação Nacional de Saúde para o estado. O programa mantém a vigilância da ocorrência do principal vetor da doença, *Triatoma infestans*, em trabalho sistemático de levantamento entomológico e controle do inseto nas áreas onde ainda ocorre. O programa atua também em parceria com a FUNASA no projeto de melhoria habitacional de anexos e residências nas áreas de risco, hoje incluído no programa do PAC do Governo Federal.

- Acidentes por Animais Peçonhentos, atividade recente na divisão, em fase de estruturação;

- Esquistossomose – doença introduzida no estado e que se estabeleceu no município de Esteio. Hoje a Divisão de Vigilância Ambiental é responsável pela coordenação das ações que são realizadas em parceria com o município de Esteio;

- População Animal/ Posse Responsável – este programa vem sendo estabelecido para responder à demanda da sociedade frente ao grave problema do abandono de animais domésticos nas áreas urbanas que podem trazer graves consequências à saúde da população, tanto por agressões como pela transmissão de doenças;

- O Programa de Raiva Humana - é responsável por monitorar possíveis surtos de raiva nos caninos, felinos e morcegos, determinando ações rápidas de bloqueio vacinal, coordenadas pelo programa em todo território gaúcho;

- Leptospirose - doença que apresenta altas prevalências em nosso estado. A Vigilância Ambiental é responsável pela formatação de um plano de ação que leve em conta as diferentes situações ambientais em que a doença é transmitida no território do RS;

- Reservatórios Roedores Silvestres da Hantavirose – neste programa, cabe à VAS avaliar os determinantes ambientais da ocorrência da contaminação;

- Vetores da Dengue – programa de controle da dengue tem como forte componente a vigilância dos vetores, atividade realizada em todos os municípios do estado, em parceria com as CRS;

- Vetores e reservatórios das Leishmanioses – doença de introdução recente que vem sendo diagnosticada por meio de exames nos reservatórios caninos e pela presença do vetor;

- Simulídeos – este programa desenvolve atividades sistemáticas de assessoria aos municípios em conjunto com as CRS com o objetivo de repassar tecnologia para o controle biológico e, sobretudo, estimular ações de educação ambiental, manejo ambiental e participação popular.

Avaliando as mudanças no perfil epidemiológico do estado nos últimos anos devido à emergência/reemergência de doenças transmitidas por vetores (DTVs) como esquistossomose, leishmaniose tegumentar americana, epizootias por febre amarela silvestre, riquetsioses e dengue, avaliou-se a necessidade de formatar uma proposta de política para as áreas de entomologia, reservatórios e animais peçonhentos. O grupo técnico elaborou uma proposta de estruturação da rede para possibilitar a implantação e implementação das ações de vigilância entomológica, de reservatórios e animais peçonhentos como parte da Política Estadual de Vigilância em Saúde.

1.2 Atenção Básica

A Atenção Básica - AB, segundo Portaria MS 648/2006, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

A AB orienta-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade, equidade, humanização, responsabilização, cuidado, vínculo e continuidade coordenados e participação social. Considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca promover a saúde, prevenir e tratar doenças e reduzir danos ou sofrimentos que possam comprometer modos de vida saudável. A AB tem como fundamentos:

I. possibilitar o acesso a serviços de saúde de qualidade e resolutivos de acordo com o princípio da equidade, sendo porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito para permitir planejamento e programação descentralizada;

II. efetivar a integralidade em seus vários aspectos;

III. desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV. valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V. realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados como parte do processo de planejamento e programação; e,

VI. estimular a participação popular e o controle social.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional:

- a eliminação da hanseníase;
- o controle da tuberculose;
- o controle da hipertensão arterial;
- o controle do diabetes mellitus;
- a eliminação da desnutrição infantil;
- a saúde da criança;
- a saúde da mulher;
- a saúde do idoso;
- a saúde bucal;
- a promoção da saúde.

Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIB. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde - SUS.

Estratégia de Saúde da Família

No Brasil, o Programa de Agentes Comunitários - PACS, que teve início em 1991, foi precursor do Programa de Saúde da Família - PSF, lançado em 1994 – embora suas normas e diretrizes tenham sido aprovadas somente em dezembro de 1997 (Portaria 1886). No estado do Rio Grande do Sul, o PACS iniciou em 1994 e o PSF em 1996, sendo a Saúde Bucal incluída neste último a partir de 2001.

O PSF, sigla com a qual se consagrou desde então, foi concebido como estratégia para mudança do modelo de atenção à saúde, efetivando princípios do SUS. Todavia, o PSF ampliou as suas possibilidades, ganhando contornos que extrapolaram o conceito habitual de "programa". Sua implantação, quando adequada, traz resultados que suplantam o nível da atenção primária e repercutem sobre a dinâmica e o funcionamento do sistema de saúde como um todo (ESF/DAS/SES-RS, 2009). Assim sendo, passou a chamar-se Estratégia de Saúde da Família - ESF. Da mesma forma, o PACS passou a designar-se EACS, ou seja, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, que podem atuar ligados às equipes de ESF ou não.

A ESF participa com "Ações de Saúde" dentro do eixo de desenvolvimento social dos Programas Estruturantes do Governo, programas voltados para as prioridades/necessidades do RS, norteando as ações do governo com metas e prazos definidos. Dada sua amplitude, a ESF colabora nos dois projetos do Programa Estruturante Saúde Perto de Você (SES-RS): 1) no "Projeto Prevenção da Violência - PPV" (ASSTEPLAN/SES-RS) desempenhando ações de promoção, prevenção e assistência à violência às famílias nos locais de maior vulnerabilidade; e 2) no "Projeto Saúde Mais Perto de Casa" (DAS/SES-RS), configurando-se no eixo estruturante da Atenção Básica –AB - ao oferecer acesso à saúde mais próximo do cidadão e sua residência, descentralizando ações e serviços direcionados à criança, ao adolescente, ao adulto e ao idoso.

A Estratégia de Saúde da Família, como o próprio nome diz, é uma estratégia de saúde com foco centrado no atendimento das demandas da família através da busca pró-ativa da população em seu local de residência, entre outros dispositivos. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações em territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (SF/DAB/SAS/MS, 2004).

Os melhores sistemas de saúde do mundo, em países como Canadá, Cuba e Reino Unido, entre outros, organizam seus serviços de Atenção Primária (ou Básica) à Saúde por meio da Estratégia Saúde da Família. No Brasil, a ESF humaniza o atendimento prestado pelo SUS, recuperando o vínculo entre médico e paciente, qualificando e reorganizando a rede de AB, sendo, por isso, considerada elemento essencial para a reorientação do modelo de atenção à saúde no país.

Assim, a ESF vem se consolidando como importante estratégia de fortalecimento do SUS para a transformação de uma estrutura de serviços de saúde repleta de distorções. Tem ganhado legitimidade através dos fóruns e organismos colegiados de gestão, que tem se refletido, inclusive, no campo da formação de recursos humanos para a saúde.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos tem por base os dados de alimentação obrigatória do SIAB, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos municípios e do Distrito Federal (MS, 2006). Por isso, é importante que o gestor, desde o início da implantação, esteja atento ao registro e acompanhamento dos sistemas de informação, pois deles serão gerados os dados para avaliação da situação de saúde e do desempenho dos serviços que geram o pagamento dos recursos. Assim, ressalta-se a questão do acompanhamento e avaliação das equipes da atenção básica e do Sistema Único de Saúde - SUS. A produção das informações para o planejamento, a gestão, o controle, a avaliação e a regulação do sistema só será possível na medida em que os bancos de dados sejam fidedignos. A cultura da informação ainda é incipiente no Brasil, mas com o comprometimento dos gestores nesse processo, há grande potencial para mudança.

Diferencial da ESF em Relação à Unidade Básica de Saúde - UBS

A Estratégia de Saúde da Família tem diversos pontos que criam um diferencial quanto à rede de atendimento à saúde da população na AB. Destacam-se como diferencial entre UBSs e ESFs a origem da demanda, o vínculo entre profissionais de saúde↔pacientes/famílias↔comunidade, o foco na família e o processo de territorialização, além das diferenças em termos de princípios gerais e metodologia/processo de trabalho descritas na Portaria MS nº 648, de 2006. Salientam-se ainda o sistema de visitas domiciliares, originado a partir da reorganização da demanda; o uso de um prontuário

familiar, a partir do foco na família; e o uso de sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões.

Relevante, também, mencionar as consequências que a implantação e o tipo de atendimento diferenciado da ESF podem gerar em termos de resultados de saúde e seus correlatos. Primeiro, aponta-se que existe a possibilidade de baixar o custo total de atendimento dos usuários do SUS em função de uma menor utilização dos serviços de média e alta complexidade através da promoção e prevenção em saúde e do acompanhamento próximo e periódico das doenças e agravos já instalados (conhecido como “efeito barreira”). Segundo, em pesquisa realizada pelo MS intitulada “Uma Avaliação do Impacto do PSF na Mortalidade Infantil – MI - no Brasil”, que analisou dados nacionais do período de 1990 a 2000 (antes e depois da criação do PSF, em 1994) visando distinguir o peso de um conjunto de fatores na redução da MI, os resultados mostraram que investimentos no então PSF têm impacto maior na redução da MI que o acesso à água tratada e a leitos hospitalares (MS, 2005). Na tabela 26, percebe-se que a importância da ESF na redução da MI só é menor que a da alfabetização das mulheres – que representa o acesso à educação. No caso da alfabetização feminina, 10% de ampliação diminuem a taxa de Mortalidade Infantil – TMI - em 16,8%; para cada 10% de aumento na cobertura da ESF há uma redução média de 4,6% na TMI, contra 2,9% se a expansão é de abastecimento de água e 1,4% se é de acesso a leitos hospitalares. Analisando as colunas referentes aos dados separados por regiões, observamos que embora o valor bruto do peso da ESF seja menor que o nacional para as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, a importância da ESF, comparada ao acesso à educação, é proporcionalmente maior.

Tabela 26 - Porcentagem de mudança na TMI a partir de 10% de aumento das variáveis estudadas, Brasil e suas regiões, 2005.

Variável	% de mudança na TMI com aumento de 10% de cada variável		
	Brasil	Regiões NO, NE.	Regiões SU, SE, CO
Cobertura da ESF	-4,6**	-3,1**	-1,9**
Água Tratada	-2,9**	-2,1*	0,3
Médicos	-0,2	-0,8**	0,7
Leitos Hospitalares	-1,4**	0,003	-1,1*
Analfabetismo Feminino	16,8**	8,3**	5,7**

Fonte: Ministério da Saúde; ESF/DAS/SES-RS

Significância estatística:

* p < 0,05;

** p, 0,01;

sem asterisco = sem significância estatística

Apesar de sempre ter sido apontada como estratégia correta para melhorar a saúde da população, antes desta pesquisa, o impacto da ESF na qualidade de vida da população nunca havia sido objeto de estudo. De acordo com o estudo, as ações das equipes de ESF também têm grande impacto sobre duas das causas mais comuns de morte de crianças com menos de um ano, causando redução significativa: diarreia e infecção respiratória aguda (IRA). No período de 2002 a 2004, quando a ESF cresceu 31,89%, a TMI reduziu 14,6%, a TMI por diarreia caiu 36,36% e a TMI por IRA diminuiu 24,24% no Rio Grande do Sul.

Com o objetivo de avaliar o impacto da implantação da Estratégia Saúde da Família nos indicadores de saúde, a SES realizou estudo em 234 municípios do estado que apresentavam 100% de cobertura. Como marco zero, foram utilizados os dados coletados pelo SIAB quando da implantação da(s) equipe(s) nos municípios, os quais foram comparados aos do SIAB colhidos em 2008. Em 115 municípios que tiveram a implantação da ESF antes de 2002, não foi possível obter os dados em arquivos TABWIN e, por este motivo, foram utilizados os dados referentes ao ano de 2002, e não do ano real de implementação.

O estudo mostrou diferença estatisticamente significativa na média de vários indicadores de saúde do SIAB, conforme descrito a seguir:

- 1) tanto o número de famílias cadastradas quanto o número de visitas/mês realizadas aumentaram, o que é esperado quando se atinge 100% de cobertura da ESF. Contudo, o número visitas/mês realizadas teve maior aumento, o que significa que mesmo as famílias já cadastradas estão sendo mais visitadas agora que no início da implantação, demonstrando que o trabalho está se aperfeiçoando e melhorando o atendimento da população;
- 2) conforme a tendência atual, o número de nascidos vivos diminuiu e o número de recém-nascidos com baixo peso ao nascer (Nº RN c/Peso <2500g) também foram menores. Contudo, o número RN c/Peso <2500g foi proporcionalmente bem menor, indicando que efetivamente estão nascendo menos crianças com baixo peso, provavelmente devido ao acompanhamento das gestantes pela ESF através da realização do pré-natal;
- 3) o número de crianças de 0 a 3 meses e 29 dias que estão mamando apenas no peito ou utilizando aleitamento misto aumentou. Todavia, a diferença das médias mostra que, comparativamente, o número de crianças de 0 a 3 meses e 29 dias só mamando no peito diminuiu menos, indicando que, embora em números

- absolutos tenha diminuído, proporcionalmente aumentou o número de mulheres amamentando seus filhos(as) exclusivamente no peito, assim como aumentou o número de mulheres dando o peito juntamente com outros tipos de alimentação;
- 4) apesar do número de crianças de 0 a 11 meses e 29 dias ter diminuído, o número de crianças pesadas nessa faixa etária aumentou significativamente, indicando melhor monitoramento de sua saúde. Também é importante observar que o número de crianças desnutridas nesta faixa etária diminuiu proporcionalmente bem mais, indicando uma melhor condição de saúde e desenvolvimento das crianças entre 0 e 1 ano onde há equipes da Estratégia de Saúde da Família atuando, já que a desnutrição é um fator de risco. Todavia, nesta faixa etária, não houve diferença no número de crianças com vacinação em dia;
 - 5) os mesmos resultados descritos acima também foram encontrados para as crianças na faixa de 12 a 23 meses e 29 dias. Nesta faixa etária, os resultados foram ainda melhores, pois se observou também diferença significativa no número de crianças com vacinação em dia, que diminuiu proporcionalmente menos que o número de crianças nesta faixa etária, indicando uma melhor cobertura vacinal das mesmas;
 - 6) nas crianças menores de 2 anos, faixa etária que engloba todas as anteriores, observa-se que houve diminuição do número de crianças que tiveram diarreia e infecção respiratória aguda e, proporcionalmente, houve um número maior de crianças que usaram terapia de SRO para controle da desidratação;
 - 7) apesar de não haver diferença significativa no maior número de gestantes cadastradas, o número de gestantes acompanhadas e vacinadas que fizeram consulta pré-natal no mês e que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez aumentou significativamente, em ordem crescente, ou seja, o aumento maior foi na média das gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre de gravidez. Configuram-se resultados extremamente importantes se considerarmos que a população atendida pelas equipes da ESF é a mais vulnerável. Já o número de gestantes com idade menor de 20 anos diminuiu significativamente, resultado que é ativamente buscado, especialmente por refletir também um menor número de gestantes adolescentes entre a população atendida pela ESF;
 - 8) houve um importante aumento no número de diabéticos e de hipertensos, o que pode ser atribuído ao aumento do número de famílias e pessoas cadastradas.

Todavia percebe-se que houve um aumento ainda maior do número de diabéticos e hipertensos acompanhados pelas equipes da ESF, qualificando o atendimento à população, bem como seu acesso à saúde;

- 9) embora não tenha havido diferença significativa no número de pessoas com tuberculose na população atendida, houve aumento significativo do número das pessoas com tuberculose acompanhadas, indicando a efetividade do trabalho de visitação das equipes;
- 10) tanto o número de pessoas com hanseníase quanto o número de pessoas com essa doença acompanhadas diminuiu significativamente;
- 11) cabe ressaltar que, enquanto o número de diabéticos aumentou, o número de hospitalizações por complicações da diabete diminuiu, outro indicador de efetividade da ESF com cobertura populacional de 100%;
- 12) o número de hospitalizações de crianças entre 0 e 5 anos por pneumonia e por desidratação diminuiu significativamente. Considerando que as crianças são mais vulneráveis à IRA e à diarreia, a diminuição nas hospitalizações por tais condições é relevante, em termos de saúde pública, tanto no aspecto humano, quanto financeiro;
- 13) quanto ao número de óbitos, enquanto houve um aumento estatisticamente significativo de óbitos por outras causas (que não diarreia ou IRA) entre recém-nascidos (0 a 28 dias), houve diminuição no número de óbitos por outras causas entre crianças de 28 dias a 11 meses e 29 dias e nas menores de 1 ano, em todos os casos diferença de aproximadamente 50%. O número de outros óbitos, que incluem adolescentes e adultos, de ambos os sexos, também apresentou média mais elevada em 2008 em relação ao início da implantação da ESF nos municípios.

Cobertura da ESF no RS

O estado vem investindo fortemente na ampliação das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Para evidenciar a série histórica do resultado desses investimentos de 1998 até agora, a tabela 27 e os gráficos 32 e 33 mostram a evolução da cobertura populacional de equipes de ESF no RS.

Tabela 27 - Cobertura populacional de equipes da Estratégia de Saúde da Família, RS, 1998-2009.

ANO	Nº ESF Credenciadas	Cobertura Credenciadas*	Nº ESF Em Atividade	Cobertura Em Atividade*
2009**	1.323	43%	1.202	39%
2008	1.311	42%	1.184	38%
2007	1.196	38%	1.092	35%
2006	1.154	37%	1.062	34%
2005	1.045	34%	958	31%
2004	944	30%	860****	27%
2003***	673	21%	615	19%
2002	497	16%	470	14%
2001	350	11%	303	9%
2000	228	7%	206	7%
1999	96	3%	84	3%
1998	66	2%	66	2%

Fonte: Ministério da Saúde; ESF/DAS/SES-RS

Legenda:

*: % em relação à população total do estado

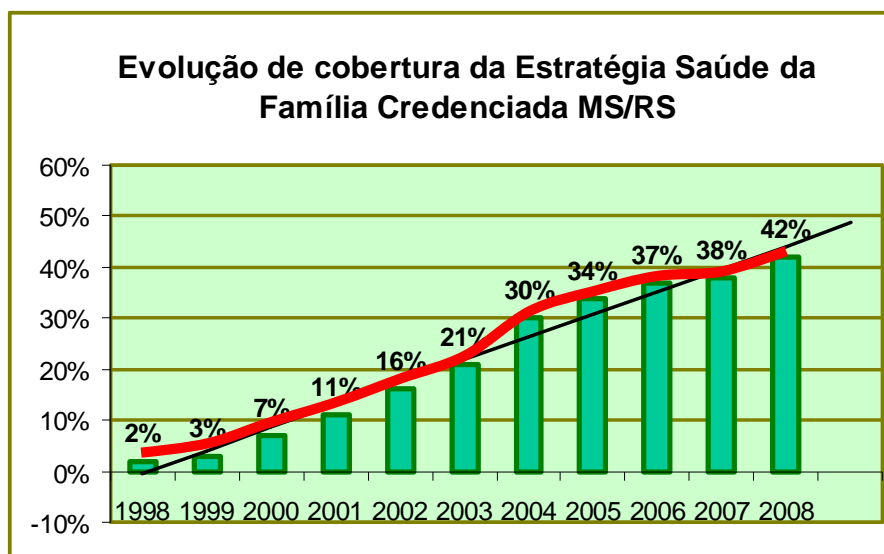
** : Em 2009 os dados são apenas do mês de janeiro, e não de todo ano, como os outros relatados;

***: A partir de 2003 institui-se o Incentivo Estadual;

****: A partir de 2004 inclui-se no cálculo a ESF indígena.

Vê-se que nessa última década houve um aumento substancial tanto no número de equipes quanto no percentual de cobertura correspondente. Todavia, percebe-se que a cobertura ainda não é de todo satisfatória, necessitando ser ampliada.

Gráfico 35 – Evolução da cobertura populacional da ESF no RS, considerando as equipes habilitadas pelo MS, 1998-2008.



Fonte: Ministério da Saúde; ESF/DAS/SES-RS

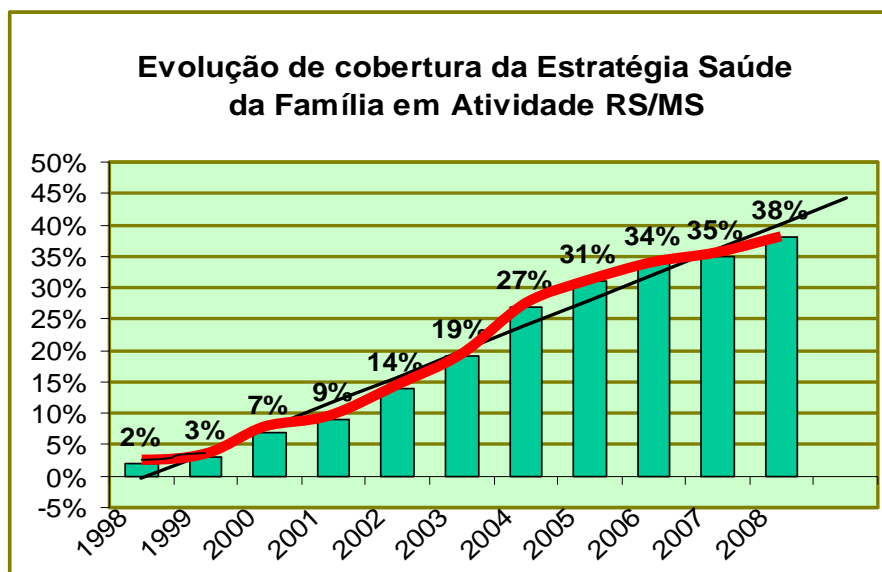
Legenda:

Linha de tendência de crescimento em cor preta

Linha de crescimento em cor vermelha

Além disso, observa-se um pico de crescimento maior que a linha de tendência (em cor preta) a partir do ano de 2003, quando o RS iniciou o pagamento de incentivo financeiro mensal como forma de incrementar a adesão dos municípios à Estratégia de Saúde da Família. Entretanto, percebe-se que, com o passar dos anos, estes números se aproximam novamente da tendência de crescimento inicial, mostrando que, talvez, outras iniciativas também possam ser planejadas para colaborar no incremento desejado.

Gráfico 36 – Evolução da cobertura populacional da ESF no RS, considerando as equipes em real atividade, segundo dados do SIAB, 1998-2008.



Fonte: Ministério da Saúde; ESF/DAS/SES-RS

Legenda:

Linha de tendência de crescimento em cor preta;

Linha de crescimento em cor vermelha

A Estratégia de Saúde da Família possui metas mensais de crescimento para alcançar sucesso na obtenção dos resultados desejados. Estes são monitorados através de planilhas do Sistema de Gerenciamento de Projetos – SISGEP - desenvolvidas pela Secretaria de Planejamento e Gestão – SEPLAG-RS - em conjunto com a Coordenadoria Estadual da ESF no RS, nas quais se pode observar, mês a mês, desde janeiro de 2008, a comparação entre as metas traçadas e o crescimento efetivo atingido. Como podemos perceber nestes gráficos, foi atingida a meta de cobertura populacional da ESF para o ano de 2008, que era de 43% (1285 ESF), pois se chegou ao final de 2008 com 1.311 ESF. Da mesma forma, foi ultrapassada a meta de novos municípios habilitados, alcançando em dezembro de 2008 mais 15 novos municípios com a ESF.

Igualmente, existem metas de capacitação de profissionais para promover também o crescimento qualitativo da rede de ESF na AB do RS, através dos recursos humanos da mesma.

Cobertura Populacional

Até o final de 2008, a cobertura populacional de equipes de ESF no RS era de 38,44% (de ESB era 20%), considerando as equipes em real atividade, e 42,57% referentes às equipes habilitadas pelo Ministério da Saúde, proporcionando assistência à aproximadamente 4.500.000 pessoas. Tal diferença acontece por que, inicialmente, ocorre a habilitação no MS, que permite a existência daquela ESF, para então fazer parte do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES. Só depois destes passos é que ocorre a real implantação e a estruturação física, de pessoal e de fluxo de atendimento. Assim, em geral, sempre existem mais equipes habilitadas do que em atividade (aquelas em funcionamento efetivo e preenchendo mensalmente no SIAB os dados de saúde, sócio-sanitários e de atividade/produção). Na tabela 28 essas diferenças podem ser observadas em termos numéricos.

Tabela 28 - Número de Equipes ESF, ESB e ACS, RS, dezembro/2008.

	N.º Equipes Habilitadas (MS)	N.º Equipes em Real Atividade (SIAB)
ESF	1.311	1.184
ESB	734 **	628
ACS	9.050	8.054

Fonte: ESF/DAS/SES-RS

Legenda:

ESF: Equipes de Saúde da Família

ESB: Equipes de Saúde Bucal

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

*Contém 23 ESFI e 30 ESFPPV

** Contém 17 ESBI

O número de equipes e a conseqüente cobertura proporcionada não são estáticas, pois: (1) o número de equipes pode aumentar ou diminuir mês a mês, dependendo de sua implantação ou desativação nos municípios; (2) existem diferenças entre o CNES e o cadastro no SIAB, conforme já citado; e, (3) certas equipes podem, por um motivo ou outro, não enviar os dados em algum período ao SIAB, apesar de estarem efetivamente em real atividade, e voltar a enviá-los mais adiante (atualmente, são no máximo 2 meses consecutivos ou 3 meses intercalados sem enviar os dados ao SIAB para ocorrer a suspensão do pagamento a essas equipes). Além disso, a cobertura populacional não é exata, pois a fórmula utilizada pelo MS para calculá-la, ao invés de usar o número efetivo de pessoas

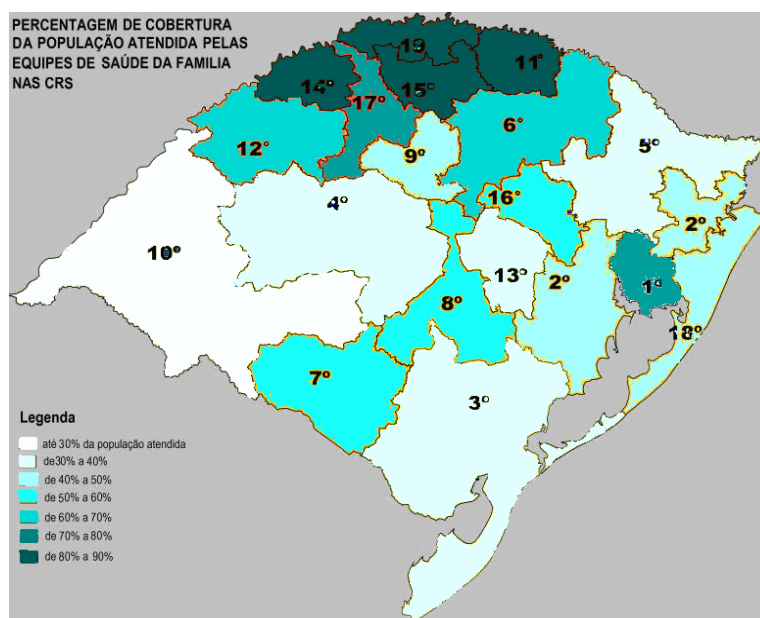
atendidas em cada município ou CRS informado mensalmente no SIAB, utiliza a média de pessoas atendidas por equipe de ESF, baseada nos dados nacionais. Assim, pode gerar dados que não são os mais precisos e, em certos casos, gerar cobertura populacional total maior que 100%. Apesar dessas divergências, sempre se pode ter uma noção da cobertura e do número de ESF, ESFI, ESF/PPV, ESB, ESBI e ACS no estado.

Fórmula da Cobertura Populacional da ESF por Município:

$$\text{Cobertura Pop. ESF/Mun.} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de equipes de ESF} \times 3450}{\text{População Total do Estado (IBGE)}}$$

Para uma melhor visualização da cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família no estado pode-se observar a figura 12, que mostra o mapa de cobertura populacional da ESF no RS em cada uma das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde.

Figura 12 - Cobertura populacional da ESF no RS por Coordenadoria Regional de Saúde, dezembro/2008.



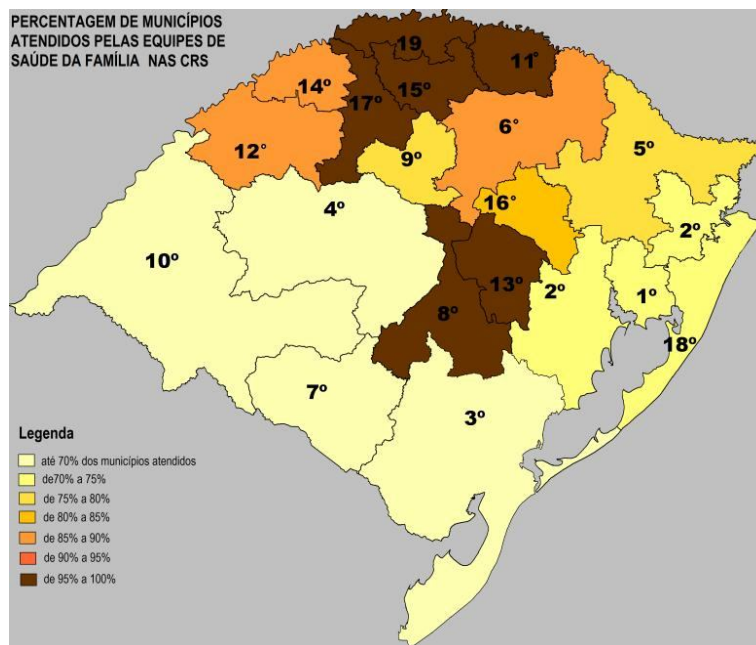
Fonte: ESF/DAS/SES-RS

Cobertura Territorial

Até o final do ano de 2008, Equipes de Saúde da Família -ESF, Equipes de Saúde Bucal - ESB - e de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, estavam implantadas em 408 municípios do RS (que em 2008 recebiam recursos do FES para PSF), proporcionando 84,68% de cobertura territorial, com 1.348.075 famílias cadastradas, totalizando 4.402.940 pessoas, conforme dados do SIAB de 2008.

Para melhor visualização da cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família no estado, pode-se observar a figura 13, que mostra o mapa de cobertura territorial da ESF no RS em cada uma das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde.

Figura 13 - Mapa da cobertura territorial da ESF no RS por Coordenadoria Regional de Saúde



Fonte: ESF/DAS/SES-RS

Apesar de haver menos de 50% da população gaúcha atendida por equipes de ESF, as equipes estão distribuídas por quase todo estado, faltando serem implantadas em apenas 15% dos municípios gaúchos. A distribuição de ACS e de ESF por CRS, no ano de 2008, no estado é apresentada na tabela adiante e na figura 14.

Considerando a situação atual da ESF no RS, conclui-se que existe a necessidade de persistir na tática de expansão e de qualificação através da implantação de novas equipes, de inclusão de profissionais em equipes existentes e de capacitação de todos os envolvidos.

Os municípios ainda não habilitados à ESF no estado em dezembro de 2008 são os seguintes:

Agudo	Coronel Pilar	Lavras do Sul	Porto Vera Cruz
Alegria	Cristal	Linha Nova	Presidente Lucena
André da Rocha	Dom Pedrito	Maçambará	Quaraí
Arroio do Sal	Entre-Ijuis	Maquiné	Roque Gonzales
Arroio Grande	Espumoso	Mariana Pimentel	Santa Bárbara do Sul
Arvorezinha	Esteio	Minas do Leão	Santa Margarida do Sul
Barão do Triunfo	Formigueiro	Montauri	Santana da Boa Vista
Barracão	Garibaldi	Monte Alegre dos Campos	Santana do Livramento
Barros Cassal	General Câmara	Morrinhos do Sul	São Gabriel
Boa Vista do Sul	Glorinha	Muitos Capões	São Jerônimo
Bom Retiro do Sul	Gramado	Nova Bassano	São José do Ouro
Boqueirão do Leão	Guaíba	Nova Brésia	Sapiranga
Butiá	Guarani das Missões	Nova Candelária	Selbach
Cacique Doble	Ibirubá	Nova Pádua	Sentinela do Sul
Capão Bonito do Sul	Imbé	Nova Roma do Sul	Sertão Santana
Capão da Canoa	Itaara	Nova Santa Rita	Silveira Martins
Capão do Leão	Itacurubi	Novo Hamburgo	Taquara
Caseiros	Ivoti	Paraíso do Sul	Tavares
Cerrito	Jacuizinho	Pedras Altas	Teutônia
Chuí	Jaguarão	Pedro Osório	Três Cachoeiras
Chuívisca	Jaguari	Pinhal da Serra	Vila Nova do Sul
Coqueiro Baixo	Lagoa Bonita do Sul	Poço das Antas	Vista Alegre do Prata

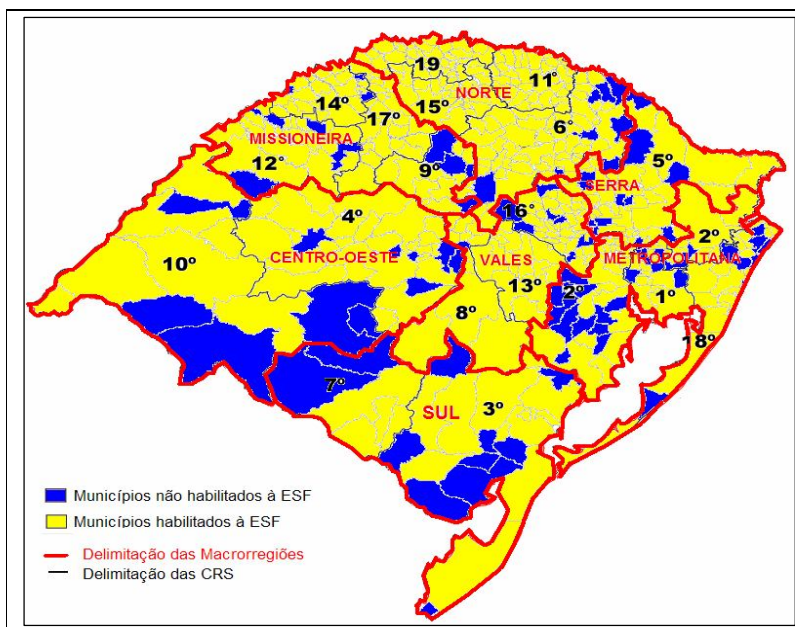
CRS	POP IBGE 2007	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)						Saúde da Família										
		Mun c/ PACS	Nº ACS		pop cadastr (1)	Pop/ ACS(2)	Cobert Mun(3)	Nº ESF		Nº ESFI(9)	Mun. c/PSF	% cober pop(5)	% cober de mun.(6)	Mun c/0%(7)	Mun. c/E	Nº ESB		ESBI(10)
			CNES	SIAB				CNES(4)	SIAB							CNES(8)	SIAB	
1ª - Porto Alegre	3.554.722	21	1.085	1.071	623.636	575	18%	211	209	2	19	20%	79%	2	13	61	51	1
2ª - Porto Alegre	732.448	32	576	388	314.699	546	43%	84	61	2	30	40%	73%	11	16	30	24	2
3ª - Pelotas	887.834	15	521	503	266.803	512	30%	84	82	0	14	33%	64%	6	11	28	27	0
4ª - Sta. Maria	564.330	26	486	425	302.932	623	54%	61	51	0	22	37%	69%	11	20	40	37	0
5ª - Caxias	1.018.209	40	630	594	383.324	608	38%	106	102	0	38	36%	79%	22	28	50	48	0
6ª - Passo Fundo	584.066	55	711	688	390.159	549	67%	109	108	2	50	64%	86%	32	42	65	63	1
7ª - Bagé	179.224	6	210	215	110.312	525	62%	27	32	0	4	52%	67%	2	3	17	18	0
8ª - Cachoeira	199.011	12	242	188	125.498	519	63%	33	30	0	12	57%	100%	5	10	17	14	0
9ª - Cruz Alta	130.586	11	159	135	74.260	467	57%	15	16	1	9	40%	75%	4	3	7	6	0
10ª - Alegrete	521.782	10	263	265	168.262	640	32%	31	38	0	8	20%	67%	1	6	12	24	0
11ª - Erechim	214.419	31	320	299	159.216	498	74%	50	47	2	31	80%	100%	25	22	25	24	2
12ª - Sto. Angelo	228.534	22	325	332	148.564	457	65%	41	41	0	21	62%	88%	12	18	29	29	0
13ª - Sta. Cruz	320.612	13	337	303	165.620	491	52%	33	29	0	13	36%	100%	4	12	22	17	0
14ª - Sta. Rosa	224.512	21	407	407	179.721	442	80%	53	54	0	19	81%	86%	13	14	35	34	0
15ª - Palmeira	160.623	26	277	284	132.802	479	83%	42	43	7	26	90%	100%	21	24	35	37	6
16ª - Lajeado	354.043	37	417	310	223.468	536	63%	53	42	0	34	52%	81%	24	22	29	23	0
17ª - Ijuí	219.792	20	363	370	227.556	627	104%	49	49	1	20	77%	100%	14	19	36	37	1
18ª - Osório	323.512	16	305	261	172.392	565	53%	44	38	0	16	47%	70%	5	13	30	26	0
19ª - Frederico	205.502	28	420	393	192.587	459	94%	53	50	6	28	89%	100%	17	25	43	41	4
TOTAL	10.623.761	442	8.054	7.431	4.361.811	10118	41%	1.179	1.122	23	414*	38%	83%	231	321	611	580	17

Fonte: SIAB/SES-RS

- (1)=Total da população dos municípios da CRS cadastradas pelos ACS
(2)=Média de pessoas acompanhadas por ACS nos municípios da CRS
(3)=Percentual de cobertura dos ACS em relação ao total da população da CRS
(4)=Número de Equipes de Saúde da Família implantadas nos municípios da CRS - CNES
(5)=Percentual de cobertura populacional do PSF na CRS, considerando que cada equipe atende em média 3.450 pessoas
(6)=Percentual de municípios da CRS com PSF implantado
(7)= Número de municípios da CRS que apresentam 100% de cobertura populacional pelo PSF
(8)=Número de Equipes de Saúde Bucal implantadas nos municípios da CRS - CNES
(9)=Número de Equipes de Saúde da Família Indígena implantadas nos municípios da CRS
(10)=Número de Equipes de Saúde Bucal Indígenas implantadas nos municípios da CRS
* Dezembro de 2008 eram 408 municípios habilitados e recebendo recurso estadual.

Habilitadas MS
ACS 9.050
ESF 1.288 (+23 ESFI)
ESB 717 (+17 ESBI)

Figura 14 – Municípios habilitados e não habilitados à Estratégia de Saúde da Família, RS, 2008.



Fonte: ESF/DAS/SES-RS, 2009

Dados Financeiros

A questão do financiamento é uma preocupação constante dos gestores. No início da ESF, os repasses eram feitos por convênio, sem financiamento perene. A partir da edição da Norma Operacional Básica SUS 01/96, modificaram-se os critérios de alocação de recursos para a atenção básica de saúde, com a transferência fundo a fundo automática aos municípios habilitados. Há um valor *per capita* referente ao Piso de Atenção Básica de Saúde - PAB - com uma parte fixa e outra variável de acordo com a adesão dos municípios à implantação de equipes de saúde da família. Atualmente os repasses vêm sendo feitos por cobertura populacional dos municípios.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF - é composto por profissionais de outras áreas que não se encontram contempladas nas equipes de ESF, como psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional da educação física, médicos de outras especialidades, entre outros. Foram criados para dar suporte/apoio técnico aos profissionais destas equipes nas demandas em

que isto se faça necessário, não se configurando, pois, em serviços de referência (Portaria MS 154, 24/01/2008). Embora tenham sido instituídos para trabalhar com responsabilização compartilhada e em complementaridade com as ESFs, os NASFs são gerenciados e financiados pela união, sem gerência da coordenação estadual da Estratégia de Saúde da Família, a não ser na análise e aprovação dos projetos de implantação.

As equipes de ESF, ESB e ACS recebem incentivo financeiro tanto federal quanto estadual, dependendo de sua modalidade e inserção comunitária e/ou territorial (indígenas, quilombolas, assentados, entre outros). Na sua implantação, a título de recursos de estruturação, há um repasse único fundo a fundo união-municípios no valor de R\$ 20.000,00 (em 2 parcelas de R\$10 mil) para equipes ESF, e de R\$ 7.000,00 para equipes ESB (Portaria MS 650, de 28/03/2006). De acordo com a Portaria 1.234, de 19/06/2008, o MS fixou o valor do incentivo financeiro federal em R\$ 581,00 por ACS/mês.

Atualmente, o Rio Grande do Sul destina mensalmente recursos do Tesouro do Estado para a ESF, tendo como base o número de equipes registradas no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, no mês anterior ao da respectiva competência financeira. O número máximo de ESF pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros federais específicos será calculado pela fórmula: população/2400 (Portaria MS 648, 2006). Cada equipe recebe R\$ 24 mil/ano e mais R\$ 6 mil/ano se contar com atendimento odontológico. Estes valores dobram nos locais que têm equipes indígenas, ou em cidades participantes do PPV. Além disso, o estado do RS repassa, em dezembro de cada ano, um incentivo financeiro anual de um salário mínimo nacional vigente por ACS aos municípios, em reconhecimento ao trabalho destes profissionais (Resolução CIB/RS 163/03 e Portaria SES-RS 53/03). Os recursos são repassados diretamente ao Fundo Municipal de Saúde em conta específica para esta finalidade, permitindo que sua utilização seja controlada pela população através dos Conselhos Municipais de Saúde. O incentivo financeiro estadual para as equipes de Estratégia de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde é realizado através de repasse fundo a fundo entre Estado e municípios do RS.

Segundo dados de 2006, antes do incentivo financeiro estadual, o número de Equipes de Saúde da Família crescia apenas cerca de 8% ao ano. Após o incentivo, o incremento passou para 30%. Quanto às equipes odontológicas, o crescimento era de 6.8%, e avançou para 61% com o incentivo.

A seguir, no quadro 2, pode-se ver o valor dos repasses financeiros totais realizados no ano de 2008. Já os valores repassados por mês, por equipe e por modalidade/inserção podem ser visualizados no quadro 3, que contém também informação relativa aos valores do repasses federais por mês.

Quadro 2 - Recursos estaduais repassados a ACS/ESF, RS, 2008.

TIPO DE RECURSO	R\$
Incentivo às Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal, Saúde da Família Indígena e Saúde Bucal Indígena.	R\$ 32.890.500,00
Incentivo às Equipes de Saúde da Família do Programa de Prevenção da Violência.	R\$ 552.000,00
14º salário dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Comunitários de Saúde Indígena.	R\$ 3.263.805,00

Fonte: ESF/DAS/SES-RS

Quadro 3 - Recursos estaduais e federais, por tipo de equipe, RS, 2008.

Tipo de Equipe	Valor MENSAL Incentivo Financeiro Estadual	Valor MENSAL Incentivo Financeiro Federal	Total Mensal por equipe
ESF Mod I*	R\$ 2.000,00	R\$ 9.600,00	R\$ 11.600,00
ESF Mod II	R\$ 2.000,00	R\$ 6.400,00	R\$ 8.400,00
ESB Mod 1	R\$ 500,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.500,00
ESB Mod 2	R\$ 500,00	R\$ 2.600,00	R\$ 3.100,00
ESFI	R\$ 4.000,00	---	R\$ 4.000,00
ESBI	R\$ 500,00	---	R\$ 500,00
ESF/PPV	R\$ 4.000,00	---	R\$ 4.000,00

Fonte: ESF/DAS/SES-RS

Legenda:

ESF: Saúde da Família

ESB: Saúde Bucal

ESFI: Saúde da Família Indígena

ESBI: Saúde Bucal Indígena

ESF/PPV: Saúde da Família no Programa de Prevenção da Violência

Mod: Modalidade

* Equipes de Saúde da Família de quilombolas ou assentamentos.

Com o objetivo de incentivar os municípios a aderirem e ampliarem a Estratégia de Saúde da Família, o estado do RS instituiu o incentivo financeiro estadual, no qual repassa R\$ 2.000,00 por ESF/mês, R\$ 500,00 por ESB/mês, R\$ 4.000,00 por ESFI/mês, um salário mínimo vigente por ACS/ano, além de mais R\$ 2.000,00 por ESF/PPV/mês. Esse incentivo vem sendo repassado regularmente aos municípios. Até o final de 2010, espera-se que todos os municípios do RS tenham cobertura da Saúde da Família (mínimo de 1 equipe) e que em

torno de 6.300.000 gaúchos sejam acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, alcançando a cobertura de 60% da população do estado.

No estado, equipes de municípios pertencentes ao Plano de Prevenção de Violência - PPV - recebem o valor maior, R\$ 4.000,00, para viabilizar e/ou potencializar o atendimento. Atualmente, 30 equipes ESF/PPV recebem este incentivo. No quadro 4, pode-se ver a relação destas equipes e respectivos municípios.

Quadro 4 - Número de Equipes ESF e Municípios do PPV, RS, 2008.

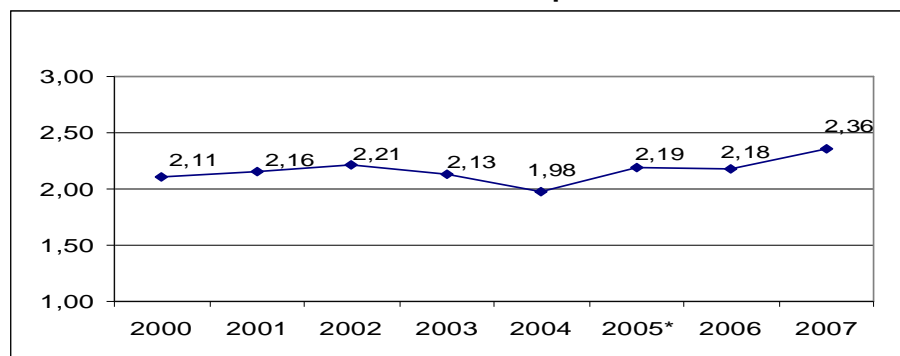
Ano	Nº de Equipes ESF/PPV	Municípios do PPV atendidos
2008	2	Alvorada
2008	3	Canoas
2008	21	Pelotas
2008	2	Passo Fundo
2008	2	Santa Cruz do Sul
Nº TOTAL	30	5 Municípios PPV atendidos

Fonte: ESF/DAS/SES-RS

Analisando o ano de 2008, percebe-se que os investimentos têm ocorrido especialmente no sentido de ampliar a cobertura populacional e territorial atendida por equipes da Saúde da Família e de qualificar profissionais através de cursos de formação e capacitação dos envolvidos. Com relação às capacitações, dificuldades financeiras ocorreram em função de perda de prazos na CELIC. Para contornar a situação, a Coordenadoria Estadual da ESF realizou parceria com a Coordenadoria Estadual da DST/AIDS para viabilizar os recursos e conseguir atingir a meta de cursos introdutórios proposta.

1.3 Assistência Ambulatorial

O parâmetro definido pela Portaria GM/MS 1.101 é de duas a três consultas médicas por habitante/ano. O Rio Grande do Sul vem realizando cerca de 2 consultas por habitante/ano, permanecendo dentro do parâmetro preconizado, com exceção do ano de 2004, quando a média ficou em 1,98 consultas por habitante (gráfico 37).

Gráfico 37 – Número de consultas médicas* por habitante, RS, 2000-2007.

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

*Consultas médicas apresentadas: População IBGE p/ o TCU

No ano de 2007, foram realizadas no Rio Grande do Sul, em média, 2,36 consultas por habitante. Observando-se a distribuição das consultas médicas pelas 19 CRS, constata-se que a média mais elevada (3,66) corresponde à 18ª CRS, e a menor (1,43), à região da 19ª coordenadoria.

Tabela 30 - Número de consultas médicas* por habitante, por CRS, RS, 2007.

CRS	População 2007	Nº Consultas médicas	Nº Cons Médicas hab
1ª	3.554.722	9.367.615	2,64
2ª	730.441	1.714.083	2,35
3ª	853.364	1.748.249	2,05
4ª	564.330	1.282.844	2,27
5ª	1.018.209	2.157.715	2,12
6ª	583.886	1.404.868	2,41
7ª	177.217	374.431	2,11
8ª	199.011	458.831	2,31
9ª	130.586	254.721	1,95
10ª	521.782	875.691	1,68
11ª	214.419	542.324	2,53
12ª	228.534	506.003	2,21
13ª	320.612	785.532	2,45
14ª	224.512	531.154	2,37
15ª	160.623	286.781	1,79
16ª	353.840	767.572	2,17
17ª	219.792	447.570	2,04
18ª	321.505	1.177.438	3,66
19ª	205.502	293.658	1,43
RS	10.582.887	24.977.080	2,36

Fonte: MS/Datasus - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS);

*Consultas médicas apresentadas: População IBGE p/ o TCU.

A 18ª CRS, com sede no município de Osório, abrange a região do litoral gaúcho e tem sua população aumentada nos meses de verão; conseqüentemente, também tem aumentado o número de consultas médicas. No cálculo das consultas por habitante, considera-se como denominador a população dos municípios da 18ª regional, o que resulta num per capita mais elevado.

1.4 Assistência Ambulatorial Especializada

A concentração geográfica da assistência ambulatorial especializada de média e alta complexidade (assim como dos serviços hospitalares) e a necessidade de descentralização e regionalização da oferta dos serviços prestados aos usuários do SUS continua sendo um desafio para o gestor estadual de saúde. Para enfrentar esta realidade, a Secretaria da Saúde do Estado desenvolve ações para organizar os serviços de média e alta complexidade nas 19 Regiões de Saúde do Estado, visando garantir o acesso da população aos serviços de saúde mais próximo possível do seu município de residência.

A análise da produção ambulatorial do SUS entre os anos de 2003 e 2007 (ano de 2002 excluído por mudanças na tabela SIA/SIH) identifica que os procedimentos de alta complexidade cresceram em maior proporção do que os procedimentos de média complexidade e de atenção básica. Neste período, os procedimentos de alta complexidade aumentaram 81,27%, os de média complexidade, 33,59% e os de atenção básica, 18,83%. Esta tendência já tinha sido observada no período de 1988 até 2000.

O crescimento dos procedimentos de média e alta complexidade pode ser creditado ao aumento da oferta de exames de ultrassonografia, ressonância magnética e radiologia intervencionista; atendimentos em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; atendimentos aos portadores de deficiência auditiva, mental e física, cujas Redes de Atenção foram organizadas no Estado; à qualificação dos registros de procedimentos de concessão de próteses e órteses e de captação de órgãos para transplantes.

1.5 Assistência Hospitalar

Existem, no Rio Grande do Sul, 387 estabelecimentos de saúde hospitalares, entre prestadores e não-prestadores de serviços ao SUS, conforme classificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

A rede hospitalar vinculada ao SUS é constituída por 350 hospitais, classificados conforme sua natureza jurídica em 216 hospitais filantrópicos, 56 hospitais privados com fins lucrativos, 33 hospitais beneficentes sem fins lucrativos, 33 hospitais públicos municipais, 8 hospitais públicos federais e 4 hospitais públicos estaduais.

Ao contrário de outros estados do Brasil, no Rio Grande do Sul, os hospitais privados representavam 87% dos prestadores do SUS e os hospitais públicos, 13%. Considerando o nível de complexidade dos hospitais e o município de origem da população atendida, aproximadamente 80% da rede hospitalar prestadora de serviços ao SUS é constituída por hospitais locais ou microrregionais e 20% por hospitais regionais ou macrorregionais. Estes estão localizados nos municípios com maior concentração populacional e, de modo expressivo, no município de Porto Alegre.

Direcionar esforços para o aumento de leitos hospitalares contraria, em um sentido, a tendência progressiva verificada não só no Rio Grande do Sul, como em todo território nacional, de redução nas internações hospitalares, o que pode ser creditado à ênfase que vem sendo dada à Atenção Primária em Saúde - APS, ou seja, na Atenção Básica, tendo como modelo prioritário de organização a Estratégia Saúde da Família - ESF.

Número de leitos hospitalares

A rede hospitalar no Rio Grande do Sul apresentou um decréscimo no quantitativo de leitos no período de 2000 a 2008. Em 2000, o estado contava com 31.154 leitos, sendo 24.977 disponibilizados para o SUS. Em novembro de 2007, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, o número total de leitos diminuiu para 30.273, e os leitos SUS, para 21.184. Enquanto o total de leitos decresceu 2,83% no período, os leitos SUS apresentaram um decréscimo mais acentuado, de 15,19%. Os leitos SUS que, em 2000, representavam 80,17 % do total de leitos existentes, passaram a representar 69,93% em 2008 (tabela 31).

Em 2008, o coeficiente de leitos hospitalares disponibilizados ao SUS era de 2,16 leitos para cada 1.000 habitantes. Considerando o total de leitos existentes no estado (não computados os leitos de hospitais exclusivamente privados), este coeficiente aumenta para 3,08/1000 habitantes, o que está acima do parâmetro considerado ideal para o atendimento das necessidades da população (de 2,5 leitos por mil habitantes), considerando os estudos epidemiológicos que demonstram que aproximadamente 80% da população utilizam leitos SUS, e o restante, a assistência médica suplementar, a previdência estadual e o atendimento privado.

Tabela 31 – Número de leitos hospitalares, Total e SUS, RS, 2000–2008.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total de leitos	31.154	31.379	30.523	30.643	29.100	30.446	29.184	30.273	33.477
Total de leitos SUS	24.977	25.023	24.049	24.127	21.920	22.972	22.096	21.184	23.412
Total leitos/1000 hab	3,09	3,04	2,93	2,92	2,71	2,81	2,66	2,86	3,08
Leitos SUS/1000 hab	2,48	2,43	2,31	2,3	2,04	2,12	2,02	2	2,16
% de leitos SUS	80,17	79,74	78,79	78,74	75,33	75,45	75,71	69,98	69,93

Fonte dos dados brutos: DATASUS: 2000-2008 - Dados do Cadastro SIH-SUS; CNES; População IBGE para o TCU

Contribuiu para a redução no número de leitos a entrada em vigor do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, em agosto de 2003, que revisou a capacidade instalada nos hospitais, excluindo leitos que já não se encontravam à disposição que permaneciam no cadastro. Nos leitos SUS, a grande diminuição, além da atualização do cadastro, foi decorrente da lei da Reforma Psiquiátrica, que vem excluindo nos hospitais psiquiátricos módulos de 40 leitos a cada ano.

A política do Ministério da Saúde aplicada aos hospitais de pequeno porte, a maioria no estado, exigiu ajuste nos leitos ociosos dessas Instituições para adequá-los à realidade de pequenos municípios de até 30 mil habitantes com cobertura de mais de 70% da Estratégia de Saúde da Família, diminuindo no cadastro do SUS leitos que até então contavam nas estatísticas, mas que não eram usados pela população (PT MS/GM 1044/2004, 01/06/04).

A distribuição dos leitos hospitalares por CRS, assim como o número de leitos por 1.000 habitantes, evidenciam as diferenças na capacidade instalada das diferentes regiões (tabela 32). Observa-se que, embora o maior quantitativo de leitos encontre-se na 1ª CRS, ao se analisar o número de leitos por 1.000 habitantes, a maior oferta está na 19ª CRS, tanto

para o SUS, como para o total de leitos existentes. A 18ª regional apresenta a menor relação leitos por 1.000 habitantes.

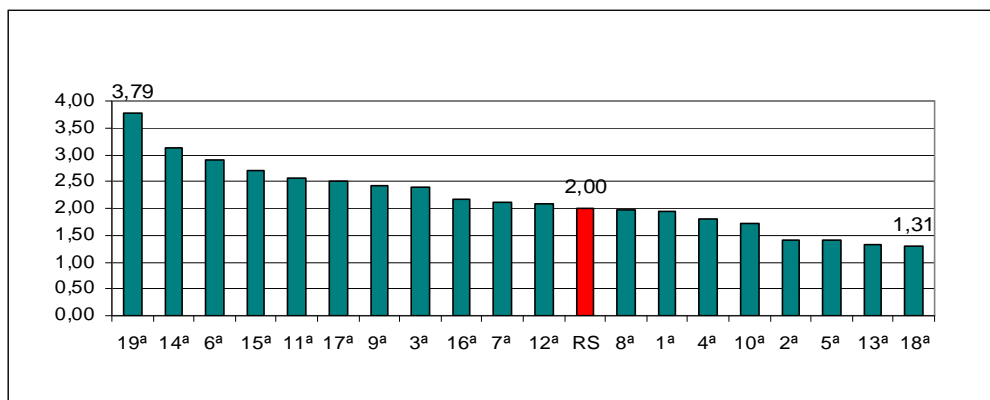
O número de leitos hospitalares cadastrados para o SUS no estado em 2007 foi de 2,23 leitos/1.000 habitantes. Oito regionais encontram-se com índices abaixo do estadual, sendo o menor de 1,31leitos/1000 habitantes na 13ª CRS. Já na 18ª CRS, a baixa taxa de leitos se deve ao efeito sazonal dos meses de verão, quando o número de habitantes nos municípios litorâneos aumenta consideravelmente. A 1ª coordenadoria, que abrange a região metropolitana, apresenta índice de 1,94 leitos SUS por 1000 habitantes. O maior índice fica com a 19ª regional, de 3,79 leitos/1000 habitantes.

Tabela 32 - Número de leitos hospitalares, total e SUS/ 1000 habitantes, por CRS, RS, 2007.

CRS	Leitos SUS/ 1000 hab	Total Leitos/ 1000 hab	% Leitos SUS
1ª	1,94	2,75	70,66
2ª	1,4	1,82	76,71
3ª	2,39	2,96	80,73
4ª	1,81	3,01	60,19
5ª	1,4	2,5	55,91
6ª	2,91	4,17	69,78
7ª	2,1	3,13	67,15
8ª	1,97	2,86	68,95
9ª	2,44	4,62	52,74
10ª	1,71	2,41	70,79
11ª	2,57	3,68	69,87
12ª	2,08	2,7	76,86
13ª	1,31	2,23	58,96
14ª	3,11	4,37	71,25
15ª	2,71	3,7	73,4
16ª	2,17	2,92	74,42
17ª	2,52	3,51	71,73
18ª	1,31	1,47	88,61
19ª	3,79	4,9	77,26
RS	2,23	2,86	69,98

Fonte dos dados brutos: DATASUS: 2000-2007 - Dados do Cadastro SIH-SUS; situação em novembro 2007 - CNES. População IBGE para o TCU

Gráfico 38 – Número de leitos hospitalares SUS por 1.000 habitantes, por CRS em ordem decrescente, RS, 2007.



Fonte dos dados brutos: DATASUS: 2000-2007 - Dados do Cadastro SIH-SUS. Situação em novembro 2007 - CNES. População IBGE para o TCU

Leitos de UTI

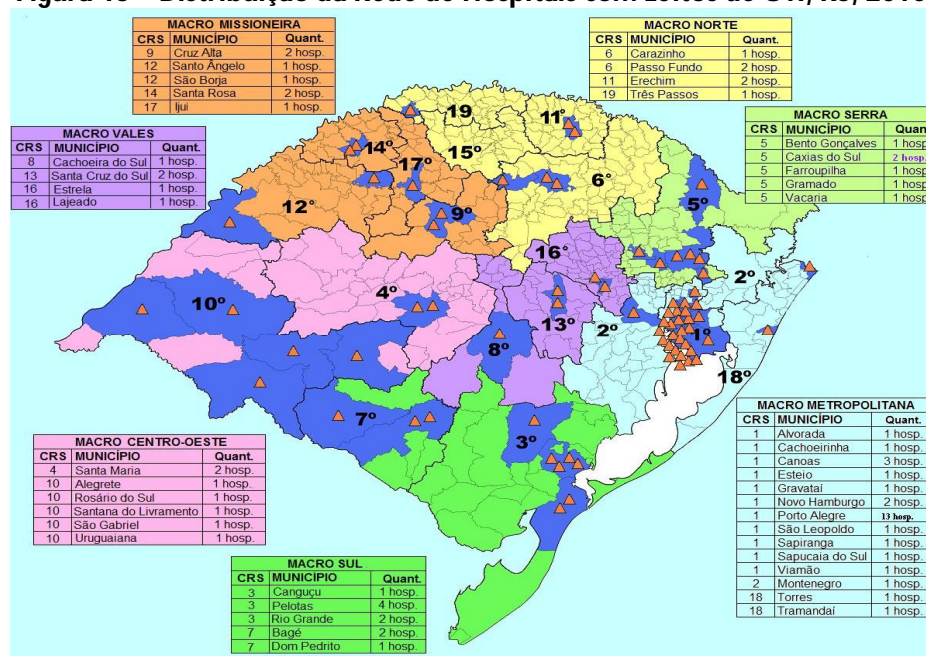
A distribuição de leitos de UTI no Rio Grande do Sul é apresentada na tabela 33 e na figura 15. A especificação quanto ao tipo de UTI e os requisitos técnicos e humanos necessários encontram-se descritos na Portaria GM/MS N° 3.432, de 12 de agosto de 1998.

Tabela 33 - Número de leitos SUS de UTI, por tipo, por CRS, RS, junho/2008.

CRS	UTI - TIPO - I	UTI - TIPO - III			TOT LEIT I, II e III
		NEONATAL	PEDIATRICA	ADULTO	
1ª	91	69	226	632	723
2ª	6	0	0	0	6
3ª	32	0	0	90	122
4ª	0	0	0	28	28
5ª	8	0	0	85	93
6ª	7	0	0	69	76
7ª	13	0	0	29	42
8ª	0	0	0	15	15
9ª	14	0	0	0	14
10ª	43	0	0	13	56
11ª	0	0	0	25	25
12ª	6	0	0	0	6
13ª	0	0	0	18	18
14ª	4	0	0	16	20
16ª	0	0	0	31	31
17ª	0	0	0	21	21
18ª	0	0	0	24	24
TOTAL	218	69	226	1.096	1.314

Fonte: DAHA/SES-RS, abril/2009

Figura 15 – Distribuição da Rede de Hospitais com Leitos de UTI, RS, 2010.



Fonte: DAHA/SES-RS

A avaliação da capacidade instalada de leitos de UTI neonatal é fundamental para o alcance da meta prioritária da Secretaria da Saúde do Estado de redução da mortalidade infantil. O dimensionamento destes leitos é feito de acordo com parâmetros da Organização Mundial da Saúde – OMS, da Associação Americana de Pediatria - AAP - e da Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP, que apontam a necessidade de 1 a 3 leitos para cada 1000 nascidos vivos, considerando cuidados intensivos e intermediários. Assim, para o Rio Grande do Sul, conforme dados de nascidos vivos de 2008, há necessidade de 405 leitos no total e de 284 leitos para os usuários do SUS (aproximadamente 70% da população).

A capacidade instalada atual para leitos de UTI neonatal (conforme levantamento da Central de Regulação Hospitalar) revela a existência de 368 leitos para internações SUS, 96 leitos privados, 36 leitos de UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) e 56 de Unidades Canguru, totalizando 556 leitos. Os leitos para internações SUS estão distribuídos em 30 serviços classificados como referência secundária ou terciária.

A análise regional revela deficiência de leitos nas macrorregiões Missioneira (carência de 13 leitos), Vales (carência de 4 leitos) e Centro-Oeste (carência de 9 leitos). As demais macrorregiões apresentam número suficiente ou excedente de leitos, compensando, parcialmente, as áreas deficitárias, visto que recebem os pacientes das regiões com menor disponibilidade assistencial. O percentual de internações de residentes dentro da própria

macrorregião, demonstrado na tabela 34, reforça a informação do parágrafo anterior quanto as três macrorregiões citadas. Esta iniquidade na distribuição dos leitos exige maior esforço para organizar as referências e regular o acesso para contemplar as necessidades de todas as regiões.

Tabela 34 – Internações em UTI de menores de 28 dias, por macrorregião de residência e ocorrência, RS, 2008.

Macrorregião de Residência	Taxa de Internações por 1.000 Nascidos Vivos	% de internação de residentes na própria Macrorregião	% de internação em outras Macrorregiões
Centro-Oeste	30,9	79,2	20,8
Metropolitana	70,0	99,4	0,6
Missioneira	31,4	63,5	36,5
Norte	41,6	85,4	14,6
Serra	58,5	94,9	5,1
Sul	48,3	94,3	5,7
Vales	32,4	56,4	43,6
RS	54,5		

Fonte: TABSIH - ARQUIVOS RD/DATASUS DE AIH - TABULADOS NO TABWIN

Número de internações hospitalares SUS

As internações hospitalares pelo SUS, no Rio Grande do Sul, tiveram, no período analisado, uma tendência de redução. No ano 2000, foram realizadas 799.036 internações e, em 2007, 729.508, o que representou uma redução de 8,70 % (tabela 35). Contribuíram, certamente, para esta redução, as limitações do percentual da população a ser internada por município estabelecidas pelo Ministério da Saúde visando reduzir as desigualdades regionais existentes no país e maior controle de internações desnecessárias. Os parâmetros de cobertura do Ministério da Saúde, que em 1995 eram de 10% da população por ano, diminuíram gradualmente até os 7,2%, que norteiam, atualmente, a distribuição das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH – para os municípios do Rio Grande do Sul.

O decréscimo do número de internações pode também estar relacionado à expansão da Atenção Básica nos municípios, atuando na prevenção e promoção da saúde; às políticas públicas de incentivo à implantação da Estratégia de Saúde da Família – ESF; e à qualificação do atendimento ambulatorial e domiciliar dentro dos municípios. Entretanto, ainda existem

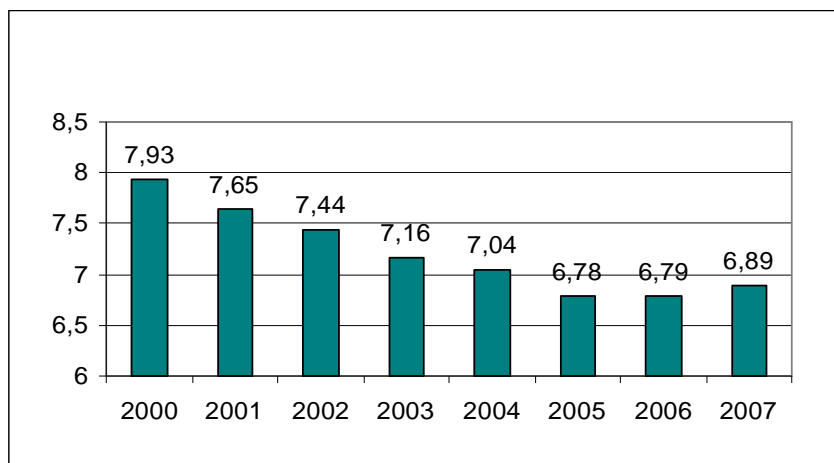
deficiências importantes a serem enfrentadas no que tange à ampliação de alguns tipos de leitos SUS para melhorar o acesso da população à assistência hospitalar.

Tabela 35 – Nº de internações hospitalares no SUS, por 100 hab., RS, 2000-2007.

Ano	Nº Internações Hospitalares	Nº Internações Hospitalares / 100 hab.
2000	799.036	7,93
2001	789.046	7,65
2002	773.949	7,44
2003	752.281	7,16
2004	754.622	7,04
2005	734.935	6,78
2006	744.297	6,79
2007	729.508	6,89

Fonte dos dados brutos: MS/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); População IBGE p/TCU.

Gráfico 39 - Número de internações hospitalares no SUS por 100 habitantes, por local de residência, RS, 2000-2007.



Fonte dos dados brutos: MS/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); População IBGE p/TCU.

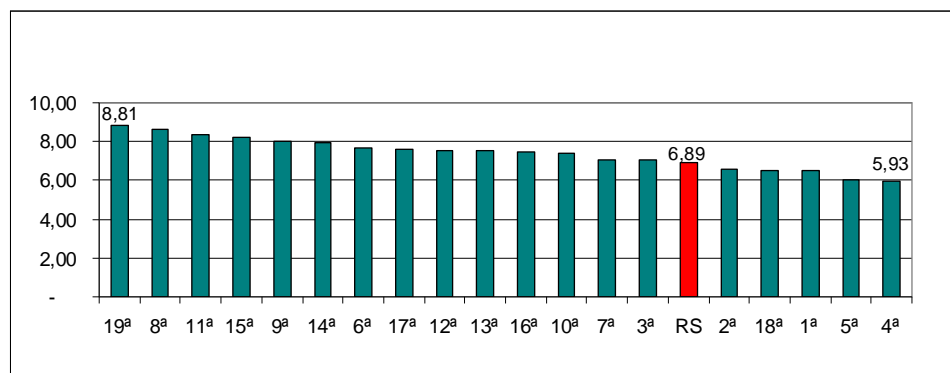
A distribuição das internações hospitalares do SUS pelas 19 regionais de saúde, no ano de 2007, nos mostra que, quando pesquisada por local de residência, a 1ª CRS é responsável por 31,58% do total de internações do estado. Além de possuir o maior contingente populacional (33,59%), esta CRS concentra o maior quantitativo de leitos hospitalares cadastrados para o SUS no estado (34,44%). Através da pesquisa de dados por local de internação, constata-se que a 1ª CRS, que conta com uma rede hospitalar mais especializada, além de sediar a capital do estado, realiza 36,18% das internações do estado.

No ano de 2007, o RS realizou 6,89 internações SUS para cada 100 habitantes. Observa-se que das 19 CRS, 14 apresentaram percentuais superiores aos do estado. As menores proporções ficaram com a 5ª e a 4ª CRS, com sedes nos municípios de Caxias do Sul e Santa Maria, respectivamente, sugerindo uma maior participação do setor privado nestas regiões (tabela 36).

Tabela 36 – Internações hospitalares no SUS, por local de residência, por CRS, RS, 2007.

CRS	População 2007	Nº Total de Internações	Nº de Internações hospitalares por 100 hab.
1ª	3.554.722	230.358	6,48
2ª	730.441	48.188	6,6
3ª	853.364	60.066	7,04
4ª	564.330	33.482	5,93
5ª	1.018.209	61.432	6,03
6ª	583.886	44.915	7,69
7ª	177.217	12.500	7,05
8ª	199.011	17.162	8,62
9ª	130.586	10.430	7,99
10ª	521.782	38.622	7,4
11ª	214.419	17.870	8,33
12ª	228.534	17.222	7,54
13ª	320.612	24.052	7,5
14ª	224.512	17.900	7,97
15ª	160.623	13.243	8,24
16ª	353.840	26.309	7,44
17ª	219.792	16.695	7,6
18ª	321.505	20.963	6,52
19ª	205.502	18.099	8,81
RS	10.582.887	729.508	6,89

Fonte dos dados brutos: MS/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS);
População IBGE para TCU.

Gráfico 40 – Internações hospitalares no SUS por 100 hab., por local de residência, por CRS em ordem decrescente, RS, 2007.

Fonte dos dados brutos: MS/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

1.6 Assistência de Urgência e Emergência

O aumento do número de acidentes e da violência urbana, associado à ainda insuficiente estruturação da rede assistencial, tem contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência disponíveis para o atendimento da população, conforme Portaria MS/GM 2.048, de 05/11/02. Esta portaria aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, definindo princípios e diretrizes que devem nortear a implantação destes sistemas, além de estabelecer critérios para o funcionamento, a classificação e o cadastramento de serviços. Inclui ainda a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, a Regulação Médica das Urgências e Emergências, o atendimento pré-hospitalar, o atendimento pré-hospitalar móvel, o atendimento hospitalar, o transporte inter-hospitalar e a criação dos Núcleos de Educação em Urgências. A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída pela Portaria MS/GM 1.863, de 29/09/03.

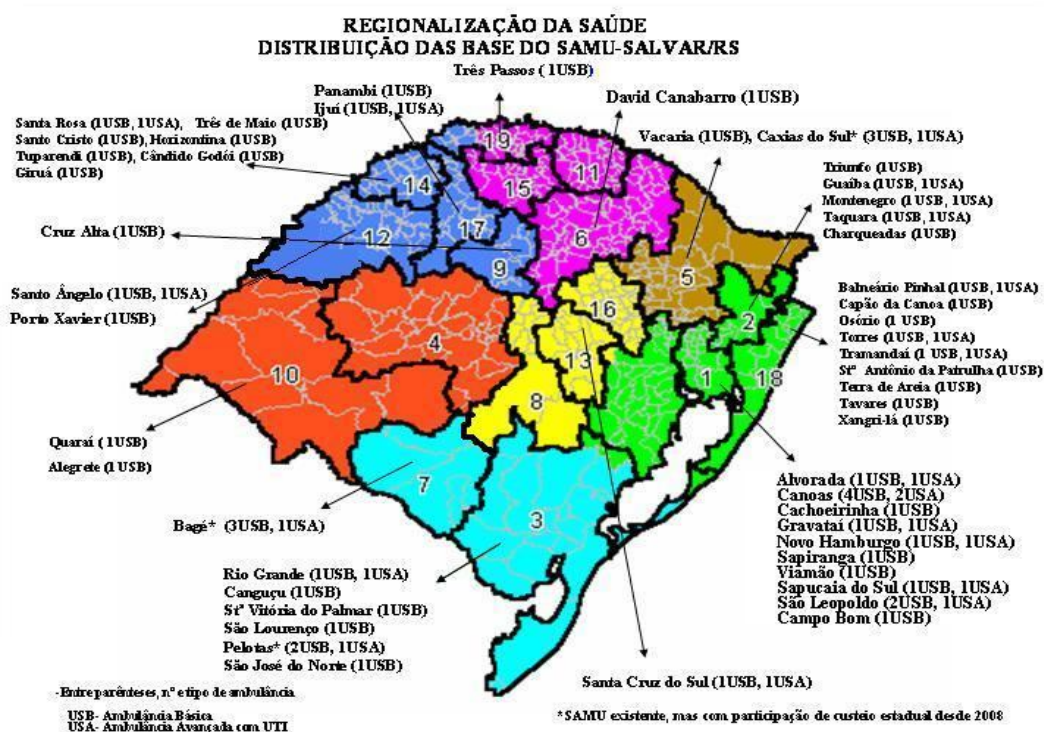
A Central de Regulação de Atendimento Pré-hospitalar (APH) do estado atende e regula as solicitações de atendimento de urgência e emergência e aciona as equipes de unidades móveis. Também autoriza as transferências inter-hospitalares de pacientes graves, trabalhando em sistema de plantão de 24 horas. Estas equipes são compostas por médicos reguladores, telefonistas e rádio-operadores.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU - é o serviço organizado para atender pacientes graves, dentro de cada região de abrangência e transportá-los com segurança, acompanhados por profissionais habilitados, até a unidade hospitalar. Implantado pela PT GM/MS nº 1.864, de 29/09/2003, incorpora-se ao sistema regionalizado e hierarquizado do Sistema Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências.

O serviço conta com dois tipos de equipes, conforme a gravidade da situação: as equipes das Unidades Móveis de Suporte Avançado – UTI, compostas por médico, enfermeiro e condutor; e as equipes das Unidades Móveis de Suporte Básico, constituídas por técnico de enfermagem e condutor. Diante de um evento, o médico regulador, a partir das informações que recebe e da avaliação diagnóstica da situação, aciona uma das duas unidades. O serviço dispõe de profissionais vinculados ao estado ou aos municípios com adesão ao SAMU sob responsabilidade técnica da Secretaria Estadual de Saúde, além dos técnicos da Central de Regulação Pré-hospitalar.

O SAMU/SALVAR dispõe de centrais de Regulação de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e bases nos municípios de Porto Alegre, Caxias do Sul, Bagé e Pelotas. Conforme o mapa (figura 16), existem 46 bases distribuídas dentro das macrorregiões do estado. As bases constituem os pontos estratégicos onde ficam situadas as unidades móveis e as equipes de atendimento.

Figura 16 – Distribuição geográfica das bases do SAMU/SALVAR, RS, 2010.



Fonte: PROJETO SALVAR/DAHA/SES-RS

Unidades de Pronto Atendimento - UPAS

A Portaria MS/GM 1.020, de 13/05/09, instituiu a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências, definidas como Unidades de Pronto Atendimento – UPAS, e as Salas de Estabilização. As UPAS deverão funcionar como estabelecimento intermediário entre as unidades básicas/saúde da família e a rede hospitalar, compondo a rede regionalizada de atenção às urgências. Elas serão classificadas de acordo com a população da região a ser coberta e a capacidade instalada, dimensões estas que definirão o número de atendimentos médicos

durante 24 horas, a composição da equipe de médicos plantonistas e o número de leitos de observação.

As Salas de Estabilização – SE - são estruturas que funcionarão como locais de estabilização de pacientes para sua posterior transferência à rede de atenção à saúde. Estas devem ser localizadas em unidades que ocupem posição estratégica em relação ao suporte do SAMU/SALVAR, funcionando como pontes de apoio ao atendimento, transporte e transferência de pacientes em estado crítico/grave.

O Rio Grande do Sul, conforme o que foi pactuado com gestores municipais pela Resolução CIB/RS 111/09, de 01/07/09, definiu as localidades onde serão implantadas as primeiras UPAs e SEs, contemplando as sete macrorregiões do estado entre 2009 e 2010. A implantação de novas UPAs e SEs para os próximos anos, contarão com planejamento específico com pactuação a ser firmada com os municípios.

1.7 Doação de Órgãos e Transplantes

O Sistema Nacional de Transplantes – SNT - foi instituído pelo Decreto Federal nº 2.268, de 30/06/97, que regulamentou a Lei Federal nº 9.434, de 04/02/97, dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento.

O SNT foi organizado para desenvolver o processo de captação e distribuição de órgãos, tecidos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas. Tem como âmbito de intervenção as atividades de conhecimento de morte encefálica verificada em qualquer ponto do território nacional e a determinação do destino dos tecidos, órgãos e partes retiradas. Integram o SNT o Ministério da Saúde, as secretarias de saúde dos estados e Distrito Federal, as secretarias de saúde dos municípios, os estabelecimentos hospitalares autorizados e a rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes.

O Decreto Federal 2.268/97 também instituiu as Centrais de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos, CNCDO, que devem se integrar ao SNT com responsabilidade de coordenar das atividades de transplantes no âmbito estadual, promover a inscrição de potenciais receptores, receber notificação de morte encefálica ou outra que ensejar a retirada de tecidos, órgãos e partes para transplantes, entre outras atividades.

No estado, desde 1996, a Central de Transplantes é o órgão que gerencia o processo de doação de órgãos e transplantes. A central mantém atividade ininterrupta, funcionando 24 horas por dia, nos sete dias da semana. Ela tem uma equipe de cinco médicos que acompanham, coordenam e assessoram todo o processo de doação, captação e distribuição dos órgãos para transplante, além de avaliar as condições das instituições e equipes para atuação no processo como um todo.

Operacionalmente, um médico é responsável pela vistoria e credenciamento das equipes e instituições; dois médicos, duas assistentes sociais e uma enfermeira desenvolvem atividades de controle das listas de espera e do relacionamento com profissionais e pacientes; uma psicóloga gerencia as revisões das doações efetivadas, com posterior encontro com as famílias doadoras para avaliação do processo, além de coordenar os estágios oferecidos pela central para a qualificação de estudantes de medicina e de outros cursos; e uma assessora técnica organiza os cursos de formação para os profissionais que estarão vinculados ao transplante no RS, conduzindo as orientações à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT.

Além destas atividades descritas, todos os técnicos da central participam das abordagens ou orientações necessárias para oferecer a possibilidade de doação aos familiares em instituições que ainda não se sintam suficientemente seguras e organizadas para realizar esta entrevista e colaboram nas visitas, encontros e reuniões onde for solicitada a presença de técnicos da central para fornecer esclarecimentos e orientações sobre o processo de doação e transplantes à sociedade civil.

A notificação à Central de Transplantes da ocorrência de pacientes com diagnóstico de morte encefálica é obrigatória (conforme art. Nº 13 da Lei 9434, de 04/02/97), independentemente da sua evolução no sentido ou não da doação. Já a implantação da Lista Única de Distribuição no RS deu-se gradualmente da seguinte forma: fevereiro de 2000, coração; fevereiro de 2001, fígado; maio de 2001, rins; abril de 2002, pâncreas; e setembro de 2002, córneas.

A Central de Transplantes articula-se com uma série de instituições envolvidas no processo de doação e transplante: 52 Centros de Transplante, 45 instituições hospitalares para captação e transplante, com 972 leitos de UTI tipos II e III, 13 Equipes de Transplante Renal, 14 Equipes de Transplante de Córneas, 5 Equipes de Transplante Hepático, 3 Equipes de Transplante Cardíaco, 3 Equipes de Transplante de Pâncreas, 3 Equipes de Transplante

combinado Rim/Pâncreas, 2 Equipes de Transplante Pulmonar, 1 Equipe de Transplante de Tecidos Ósteo-condro-ligamentares, 1 Equipe de Transplante de Pele, 3 Equipes de Transplante de Medula Óssea, 5 Bancos de Tecidos Oculares Humanos, 1 Banco de Tecidos Ósseos e 1 Banco de Pele.

A Central de Transplantes do Estado do RS, durante o período de 2002 a 2008, registrou os seguintes eventos, conforme tabela 37.

Tabela 37 – Notificação, Captação e Número de Órgãos Implantados, RS, 2002-2008.

Descrição / Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
NOTIFICAÇÕES de OCORRÊNCIAS DE MORTE ENCEFÁLICA*	290	306	312	397	409	507	520	2.741
DOADORES EFETIVOS DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS NO RS	114	121	122	135	130	147	132	901
REMOÇÕES DE RIM (DOADORES CADÁVERES)*	224	233	230	249	232	297	259	1.724
REMOÇÕES DE FÍGADO*	108	121	110	126	110	126	111	812
REMOÇÕES DE CORAÇÃO**	70	81	64	77	59	58	24	433
REMOÇÕES DE PULMÃO*	25	22	21	19	20	27	34	168
REMOÇÕES DE PÂNCREAS*	24	49	43	40	30	23	25	234
REMOÇÕES DE Córneas NOTIFICADAS À CNC DORS	621	928	972	1.336	1.724	2.044	2.094	9.719
IMPLANTE DE RIM (DOADORES CADÁVERES)	204	230	207	237	218	284	242	1.622
IMPLANTE DE RIM (DOADORES VIVOS)	117	119	97	99	84	92	89	697
IMPLANTE DE FÍGADO INTEIRO (DOAD. CADÁVERES)	104	119	102	122	99	117	100	763
IMPLANTE DE FÍGADO - "SPLIT" (DOAD. CADÁVER)	0	0	0	0	2	1	2	5
IMPLANTE DE FÍGADO (DOADORES VIVOS)	6	9	4	1	3	3	0	26
IMPLANTE DE CORAÇÃO	20	8	6	14	13	10	14	85
IMPLANTE DE PULMÃO (DOADORES CADÁVERES)	26	23	18	19	19	27	31	163
IMPLANTE DE PULMÃO (DOADORES VIVOS)	3	3	3	3	5	1	1	19
IMPLANTE DE PÂNCREAS	22	42	37	34	22	21	17	195
IMPLANTE DE Córneas	584	465	527	631	802	684	595	4.288
TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA (AUTÓLOGOS + ALOGÊNICOS)	76	81	87	88	103	101	129	665
Total de Órgãos Implantados	1.162	1.099	1.088	1.248	1.370	1.341	1.220	8.528

Fonte: SES/DAHA/Central de Transplantes do RS e Sistema Nacional de Transplantes / MS

*Incluídas remoções em outros Estados / **Incluídas remoções de coração para válvulas

A Central abrange todo o Estado do Rio Grande do Sul, em articulação com as Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS, tendo cada região características específicas, de acordo com as instituições nelas existentes. Também atua junto às demais CNCDOs do país, na questão logística, principalmente as mais próximas ao RS, para agilização do processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos.

2. POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE SAÚDE

2.1 Saúde da Criança

A atenção integral à saúde da criança, além de ser um dos eixos prioritários das ações preconizadas pela OMS/UNICEF/MS para nortear as políticas públicas de saúde, foi eleita como uma das prioridades dos Programas Estruturantes do Governo de Estado.

O IBGE projeta uma população de 1.530.906 crianças para o Rio Grande do Sul para 2009. Destas, 694.927 são menores de 5 anos, grupo etário com risco aumentado de adoecer e ou morrer, diretamente relacionado ao acesso, em tempo oportuno e com qualidade, aos recursos de saúde e a uma rede de apoio social parceira.

Segundo os dados do sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC/NIS/DAS/SES-RS), no ano de 2007, nasceram 133.333 crianças no Estado. A grande maioria dos partos (99,5%) ocorreu em ambiente hospitalar, refletindo acesso aos serviços hospitalares.

Aproximadamente 95,3% dos nascidos vivos apresentaram índice de Apgar maior que 7 aos 5 minutos de vida, demonstrando deve-se avançar na qualidade de atenção ao parto e nascimento.

Do total de crianças nascidas em 2007, 9% nasceram antes de 37 semanas de idade gestacional e, portanto, foram consideradas como prematuras, 9,3% apresentaram baixo peso (inferior a 2.500g) e 1,4% muito baixo peso (inferior a 1.500g). Isto aponta para a necessidade de qualificação da atenção pré-natal.

O banco de dados do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), denominado SISPRENATAL, está sob o gerenciamento da Seção de Saúde da Criança e do Adolescente - SSCA. É uma importante ferramenta de acompanhamento e monitoramento da atenção ao pré-natal e nascimento. No entanto, os dados da série histórica mostram que os municípios não utilizam este recurso e os que utilizam não conseguem captar 100% da população alvo, pois do total de gestantes, somente 45% se inscreveu no PHPN e 37% tinham

menos de 4 meses de gestação (cadastro precoce). O dado mais alarmante é que somente 9% das gestantes que se inscreveram concluíram a assistência pré-natal.

Com relação aos fatores de risco social para a mortalidade infantil, temos, dentre os nascidos vivos, 17,8% de mães adolescentes, 5% de mães com instrução inferior a 4 anos de escolaridade, 5,7% de mães com mais de 4 filhos já tidos e 2,6% de crianças que não possuem Certidão de Nascimento. Esta realidade aponta para a necessidade de identificação precoce e acompanhamento diferenciado da gestante com vulnerabilidade social, estratégia da Saúde que poderia ser potencializada pela efetiva articulação das parcerias inter-setoriais.

Para tanto, as vertentes de atuação da SSCA abrangem uma numerosa participação em comitês, grupos de trabalho e comissões relacionadas à saúde da criança e do adolescente, dentre as quais citamos: Programa de Prevenção da Violência, Comissão Estadual de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil, Benefício de Prestação Continuada à Criança e ao Adolescente de 0 a 18 anos com Deficiência, Comitê Estadual de Redução da Sífilis Congênita, Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Estadual de Assistência Social e Comitê Estadual de Redução da Mortalidade Infantil.

Apesar de apresentar os melhores indicadores do país, há um longo caminho a percorrer no sentido da qualificação da atenção à saúde das crianças na medida em que 85% dos óbitos infantis que ocorrem são considerados evitáveis.

O documento Situação Mundial da Infância 2008 (OMS/UNICEF) traz como conceito de atenção o “continuum de cuidados” que ... *visa integrar os cuidados de saúde oferecidos à mãe, ao recém-nascido e à criança. Sua premissa central pode ser resumida da seguinte maneira: serviços essenciais para mães, recém-nascidos e crianças são mais eficazes quando são prestados de forma integrada, em momentos críticos do ciclo de vida das mães e das crianças, em um sistema de saúde dinâmico que alcance localidades fundamentais, sustentado por um ambiente que garanta apoio aos direitos da mulher e da criança.*

A redução da mortalidade infantil é um desafio prioritário do Governo do Estado. Através da estratégia “Pé na Estrada” SSCA/DAS/SES-RS, inserida no Programa “Viva a Criança”, desde 2003, o Rio Grande do Sul reduziu de 2.374 óbitos infantis com CMI 15,94 no ano de 2003, para 1696 óbitos com CMI 12,7 no ano de 2007.

O monitoramento semanal dos óbitos é uma estratégia utilizada pela SSCA/NIS/DAS/SES-RS. É realizado através do documento fornecido pelo NIS denominado “Mortalidade Semanal de Óbitos Infantis e Maternos”. Como incentivo à adesão dos

municípios as estratégias de redução da mortalidade infantil, foi instituído o Prêmio "VIVA a CRIANÇA" de R\$ 1000.000.00, a ser dividido entre os municípios com melhores indicadores.

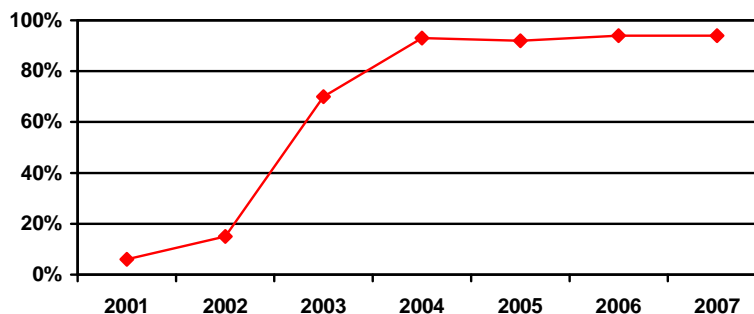
Tabela 38 - Série histórica do número de municípios com óbitos infantis, segundo número de óbitos, RS, 2002-2007.

Nº DE ÓBITOS	Nº DE MUNICÍPIOS					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nenhum	161	185	184	192	223	220
1 a 5	254	228	227	226	204	212
6 a 9	31	31	32	35	29	30
10 e +	51	53	54	43	40	34

Fonte: SSCA/DAS/ SES-RS

A estratégia de *Identificação e Acompanhamento da Criança de Risco*, desenvolvida pela SSCA/DAS/SES-RS, foi instituída pela Resolução CIB/RS 146/03, em função do maior risco de adoecer e/ou morrer no primeiro ano de vida, que representa cerca de um terço do total de nascidos vivos do Rio Grande do Sul. Inseridas no risco materno estão as gestantes com menos de 20 e mais de 35 anos, com instrução inferior a 4 anos de escolaridade, com 3 ou mais filhos vivos, com história de filho tido vivo com óbito no primeiro ano de vida, ausência de pré-natal, que pode ser acrescido ao risco do recém-nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas, peso ao nascer inferior a 2500g e malformação congênita.

A *Investigação e Análise do Óbito Infantil*, estratégia preconizada pelo MS, propicia que se tenha a história do óbito infantil sob o ponto de vista materno. Instituída pela Resolução CIB/RS nº147/03, permitiu traçar o diagnóstico situacional da qualidade da atenção perinatal no Estado. Em 2004, o RS já tinha atingido o dobro da meta proposta pelo Pacto pela Saúde/MS 2008.

Gráfico 41 - Série histórica do percentual de óbitos infantis investigados, RS, 2001-2007.

Fonte: SSCA/DAS/SES-RS

Em relação aos óbitos de menores de 5 anos, os dados do SIM/NIS/DAS/SES-RS, 2007, nos mostram que ocorreram 1.992 óbitos (Taxa de Mortalidade em Menores de 5 anos - TMM5 14,9). Deste total, 1.697 foram óbitos em crianças menores de 1 ano de vida (Coeficiente de Mortalidade Infantil - CMI 12,7). Entre os óbitos ocorridos antes do primeiro ano de vida, 1.103 ocorreram no período neonatal (Coeficiente de Mortalidade Neonatal - CMN 8,3) e 594 no período infantil tardio (Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardio - CMIT 4,4).

Em 2008, 60,19% dos óbitos estavam concentrados em apenas 29 dos 496 municípios gaúchos. Representados pelos municípios com 10 ou mais óbitos em 2008, estão distribuídos nas CRS e são prioritários para a redução da mortalidade infantil no ano de 2009: Alvorada, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Gravataí, Novo Hamburgo, Porto Alegre, São Leopoldo, Sapucaia do Sul e Viamão na 1ª; Guaíba e Montenegro na 2ª; Pelotas e Rio Grande na 3ª; Santa Maria e Santiago na 4ª; Bento Gonçalves, Caxias do Sul e Vacaria na 5ª; Carazinho e Passo Fundo na 6ª; Bagé na 7ª; Cachoeira do Sul na 8ª; Cruz Alta na 9ª; Santana do Livramento e Uruguaiana na 10ª; Erechim na 11ª; Santa Cruz do Sul na 13ª e Ijuí na 17ª.

Houve uma importante redução do número de municípios que concentram os óbitos infantis no Rio Grande do Sul desde a implantação do “Pé na Estrada”, em 2003, quando 53 municípios foram considerados prioritários, assim como ampliado o número de municípios com óbito zero de 165 para 220.

Ainda há 46,93% dos óbitos ocorrendo na primeira semana de vida, 19,82% entre 7 e 28 dias de vida, 32,77 % entre 28 dias e 1 ano, 38% de óbitos de nascidos vivos com peso inferior a 1500g; 42% de óbitos de nascidos vivos com peso ao nascer superior a 2500g e 84%

do total de óbitos vinculados aos critérios de risco de adoecer ou morrer antes de um ano de vida, já anteriormente descritos.

A Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI, estratégia preconizada pela OMS/MS, contribuiu para uma importante redução da morbimortalidade por doença diarréica e infecção respiratória aguda. Foi reduzido o número de internações por Insuficiência Respiratória Aguda (IRA) pela metade nos últimos 10 anos.

O Inverno Gaúcho é uma estratégia desenvolvida e coordenada pela SSCA/DAS/SES-RS, que complementa as ações da estratégia AIDPI com foco na redução das infecções respiratórias da infância. O Estado repassa incentivo financeiro aos municípios para a abertura do terceiro turno nas unidades básicas de saúde, amplia o teto financeiro para exames radiológicos e de análises clínicas em nível ambulatorial e para compra de medicamentos. Como resultado desse esforço, houve uma significativa redução da morbimortalidade infantil, diminuindo também o número de internações em menores de 5 anos e os valores repassados à assistência hospitalar.

Tabela 39 - Série histórica da mortalidade por doenças prevalentes em crianças 0-5 anos, no Rio Grande do Sul, 1998-2007.

DOENÇA	Nº DE ÓBITOS							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Insuficiência Respiratória Aguda - IRA	557	342	279	275	219	245	223	140
Doença Diarréica Aguda - DDA	96	70	81	48	36	51	42	36

Fonte: NIS/DAS/SES-RS

O Programa de Aleitamento Materno, estratégia preconizada pela OMS/MS, conta no Estado com 16 hospitais "Amigo da Criança" - IHAC, 11 unidades "Mãe Canguru", 7 Bancos de Leite Humano e 2 Unidades Básicas Amigas da Amamentação aguardando certificação pela SES. Mantém-se ainda um ininterrupto processo de sensibilização e capacitação de profissionais e gestores. Enfrenta-se dificuldade na ampliação da estratégia IHAC em função das altas taxas de cesárea apresentadas pelos hospitais do Estado. Com relação à implantação da "Unidade Mãe Canguru" e "Bancos de Leite Humano", esbarra na exigência

de área física próxima à Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e/ou reorganização do ambiente hospitalar.

Distribui-se para as maternidades o “Passaporte da Cidadania” / Caderneta de Saúde da Criança, estratégia preconizada pelo MS para acompanhamento ambulatorial do crescimento e desenvolvimento infantil saudável, e a Carteira da Gestante, estratégia do MS para o acompanhamento do pré-natal, mediante solicitação das CRS.

A Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física, preconizada pela OMS/MS, assim como outros aspectos relativos à nutrição infantil estão sob a coordenação da Política de Nutrição - PAN/DAS/SES-RS em parceria com a SSCA.

2.1.1 Promoção e desenvolvimento da primeira infância - PIM

O desenvolvimento de políticas públicas de atenção e promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos no Rio Grande do Sul é garantido pela Lei Estadual nº 12.544 de 03, de julho de 2006, que instituiu o Programa Primeira Infância Melhor - PIM. A compreensão da primeira infância é uma construção política e cultural contínua, que tem impacto decisivo na sobrevivência, crescimento e desenvolvimento do potencial de aprendizagem das crianças.

No RS, a criança hoje é percebida como parte de um contexto que envolve a participação da sociedade, das famílias e dos órgãos governamentais, numa conjunção de esforços para o atendimento às suas necessidades básicas de modo integral, sistemático e duradouro, especialmente nos primeiros anos de vida.

O PIM considera os aspectos físicos, psicológicos, intelectuais e sociais das crianças e suas famílias, promovendo uma concepção ampliada de saúde e cuidado integral. Esta política estimula a promoção do desenvolvimento das capacidades e potencialidades de bebês e crianças, através de atividades lúdicas que contemplam aspectos específicos da cultura de cada comunidade, fortalecendo assim, o vínculo familiar. Os eixos estruturantes das ações são a família, a intersetorialidade e a comunidade.

A base do Programa Primeira Infância Melhor – PIM, está no reconhecimento da importância da família como agente de seu próprio desenvolvimento; sua influência é decisiva por sua atuação na educação dos filhos, perpetuando a herança cultural. É no cotidiano e na convivência familiar de cada criança que o PIM apoia e fortalece as famílias,

incentivando o enriquecimento pessoal, engajamento e mobilização comunitários com vistas à promoção de sua qualidade de vida, de modo a estreitar as relações sociais e motivar as famílias para formas de convivência saudável.

A intersetorialidade se constitui na formação de redes de saberes e de serviços através de ações articuladas entre as Secretarias de Estado da Saúde, Educação, Justiça e Desenvolvimento Social e Cultura e parcerias com a sociedade civil, especialmente na constituição dos Comitês Estadual e Municipais de Desenvolvimento Integral da Primeira Infância. É fundamental a participação da comunidade na consolidação do programa junto à sociedade. Nesse sentido, a criação do Comitê Estadual para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância (CEDIPI) e dos comitês municipais busca garantir a articulação entre os setores governamentais e não-governamentais na elaboração, execução e sustentabilidade das ações, bem como na divulgação da importância do investimento nos primeiros anos de vida. Nesta perspectiva de sensibilização e mobilização das famílias e da comunidade, é preponderante a atuação dos comunicadores de rádio, capacitados em parceria com o UNICEF, como multiplicadores na área da infância quanto às competências familiares, levando à população local informações relevantes sobre os cuidados nesta tão importante fase da vida.

Atendendo a demandas e sempre objetivando o respeito à cultura e experiências das famílias atendidas, o PIM desenvolveu a proposta do "PIM Diversidade". Atualmente, algumas regiões quilombolas e indígenas já estão sendo atendidas dentro desta metodologia.

A incorporação de estudos e pesquisas de diferentes áreas do conhecimento, como a neurociência, a psicologia do desenvolvimento e a teoria histórico-cultural, deram solidez à metodologia que serve de base às atividades do Programa. A promoção do vínculo mãe-bebê, educação, saúde da criança, saúde materna e a importância destes para a formação do indivíduo foram devidamente contemplados nesta abordagem, formando uma estratégia eficiente de informação, formação e apoio às ações focadas no desenvolvimento integral, quando voltada aos cuidados com a primeira infância.

Os ganhos de desenvolvimento alcançados pelas crianças beneficiadas representam a capacidade do PIM de se colocar como efetivamente replicável como ação para a promoção de uma infância melhor. A partir dos registros do Grupo Técnico Estadual, dos depoimentos das famílias e das observações apontadas pelos visitantes e monitores na primeira avaliação parcial realizada pelo programa, em 2005, em parceria com CELEP de Cuba, resultados

positivos puderam ser constatados, como a melhoria na qualidade de vida das famílias e das crianças atendidas; o reforço dos vínculos afetivos entre pais ou cuidadores e crianças; melhor acompanhamento dos pais nas etapas do desenvolvimento integral das crianças de 0 a 6 anos; diminuição da violência intrafamiliar; mudança no olhar e na cultura de atenção à primeira infância.

A evolução do programa pode ser observada na tabela 40 a seguir:

Tabela 40 – Dados quantitativos relativos às principais atividades do PIM, RS, 2007-2008.

PRINCIPAIS INDICADORES	2007	2008
Famílias Atendidas	36.500	46.525
Crianças Beneficiadas	54.750	69.787
Municípios com PIM implantado	217	224
Municípios Capacitados*	320	323
Nº de visitantes	1.460	1.861
Valores Transferidos aos Municípios (R\$)	7.184.000,00	8.483.400,00

Fonte: PIM/SES-RS

*Nº de municípios capacitados durante o ano

2.2 Saúde do Adolescente e do Jovem

A adolescência é uma fase complexa de passagem da infância para a vida adulta. O adolescente e o jovem são agentes transformadores da realidade, sujeitos e cidadãos ativos. A população de adolescentes e jovens no estado do Rio Grande do Sul, composta por indivíduos de 10 a 24 anos, representa aproximadamente um quarto da população. O aumento desse segmento, ocorrido nas três últimas décadas, resulta de uma transformação na estrutura etária da população em função da queda da fecundidade, do crescente declínio da mortalidade infantil e do aumento da esperança de vida ao nascer. As análises epidemiológicas aqui realizadas consideraram os dados utilizados pela Secretaria de Planejamento e Gestão/RS, que projetaram para 2008 um total de 10.727.937 habitantes no estado, sendo 2.665.186 habitantes entre 10 a 24 anos, ou seja, 24,8% da população, distribuídos da seguinte forma: 8,1% (870.207) de 10 a 14 anos, 8,2% (885.535) de 15 a 19 anos e 8,5% (909.444) de 20 a 24 anos. Quanto ao sexo, são 1.354.301 do sexo masculino e 1.310.885 do sexo feminino.

Com relação à escolaridade, a Secretaria da Educação informa que, em 2007, foram

matriculados 790.478 alunos de 10 a 14 anos e 163.766 com 15 anos ou mais. No Ensino Fundamental, foram aprovados 83,9%, reprovados 14,0% e 2,1% abandonaram a escola. No Ensino Médio, foram aprovados 68,0%, reprovados 19,0% e abandonaram a escola 13,0%.

Dados do Núcleo de Informações em Saúde da SES-RS mostram que, no Rio Grande do Sul, as causas externas são a principal causa de mortalidade após o primeiro ano de vida. Após os 10 anos de idade, o número de óbitos por causas externas é maior do que a soma dos óbitos pelas principais causas de morte na adolescência.

Dos 10 aos 14 anos, predominam as mortes por acidentes de transporte, seguidas de afogamentos e agressões. Dos 15 aos 19 anos e dos 20 aos 29 anos, estão em primeiro lugar os óbitos por agressões, seguidos por acidentes de transporte, afogamentos e suicídios. A mortalidade por causas externas nestas faixas etárias é marcadamente superior no sexo masculino. A pobreza é um dos maiores fatores de risco; entretanto, outros fatores, muitas vezes associados são: mãe solteira e jovem, baixo nível de educação materna, desemprego, habitações pobres, famílias numerosas e uso de álcool e drogas pelos pais. Quanto à idade, na adolescência, há um incremento na exposição a riscos, muitas vezes por pressões sociais do grupo, certa onipotência do jovem, maior liberdade, ausência de supervisão de adultos, uso de bebidas alcoólicas. Os riscos maiores para o adolescente são desastres de automóvel e motocicleta, atropelamento, quedas de bicicleta e afogamento. Verificam-se também taxas elevadas de homicídios, acidentes de trânsito e intoxicação por abuso de drogas, principalmente no sexo masculino, por uma combinação de uso de álcool e comportamento de risco. Então, além do sexo, deve-se considerar também o tipo de exposição e diferenças de comportamento em relação ao risco de injúrias físicas.

Tabela 41 – Número de óbitos e principais causas, em adolescentes e jovens, por sexo e faixa etária, RS, 2007.

Idade	10-14 anos			15-19 anos			20-29 anos		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
Afogamento e submersões acidentais	24	9	33	46	2	48	50	3	53
Acidentes de transporte	32	14	46	116	40	156	394	55	449
Lesões autoprovocadas voluntariamente	10	5	15	24	15	39	147	33	180
Agressões (Homicídios)	20	8	28	286	24	310	750	57	807
Total Causas Externas	99	41	140	523	92	615	1.488	164	1.652
Neoplasias	25	12	37	40	21	61	81	69	150
Doenças Infecciosas e Parasitárias	10	9	19	17	10	27	132	119	251
Doenças do Aparelho Respiratório	8	4	12	11	11	22	58	27	85
Total	173	102	275	665	191	918	1.973	530	2.503

Fonte: DAS/SES-RS

Os dados do Datasus/MS mostram a morbidade hospitalar no Rio Grande do Sul em 2007: em todas as faixas etárias, no sexo masculino, as principais causas de internações foram lesões e outras consequências de causas externas; no sexo feminino, a partir dos 15 anos, a grande maioria das internações deveu-se a gravidez, parto e puerpério.

Embora exista a redução nas taxas de fecundidade da população, a gravidez na adolescência e suas implicações merecem uma análise minuciosa por suas repercussões no âmbito biopsicossocial, sobretudo se associada à baixa situação socioeconômica e escolaridade, restringindo as possibilidades de desenvolvimento cultural, social e psicológico, frequentemente tornando esta adolescente mais vulnerável à ocorrência de uma segunda gestação. Em 2007, o SINASC/RS registrou 23.736 nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 19 anos, sendo 1.027 de mães na faixa etária de 10 a 14 anos e 22.709 de mães na faixa etária de 15 a 19 anos. Na faixa etária de 20 a 24 anos, foram 33.646 nascimentos. A proporção de nascidos vivos filhos de mães na faixa etária de 10 a 19 anos em relação à totalidade de nascimentos é de 17,8%. Nesta faixa etária, 2.385 mães tiveram RN com peso inferior a 2.500g (10%) e 2.194 mães tiveram RN com menos de 37 semanas de gestação (9%). O número de óbitos maternos na adolescência representa 15,3% da mortalidade materna. Em relação à mortalidade infantil, observa-se uma elevação deste coeficiente na população de mães na faixa etária de 10 a 19 anos. No ano de 2007, enquanto o CMI no RS

foi de 12,7, em filhos de mães adolescentes foi de 13,48.

Em consonância com as discussões contemporâneas, o Ministério da Saúde vem articulando esforços no sentido de promover a Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, sobretudo nas áreas essenciais para o desenvolvimento integral dessa população. É fundamental que a política de saúde, privilegiando o princípio da intersetorialidade, possa intervir junto a eventos da vida dos adolescentes que impossibilitem ou dificultem seu desenvolvimento físico, psicológico e social associados à dificuldade de acesso à educação formal, ao lazer e aos serviços de saúde; à exposição à violência, ao envolvimento com álcool e outras substâncias psicoativas e, em algumas situações, à própria ausência de projeto de vida, incluindo os segmentos populacionais mais vulneráveis e muitas vezes excluídos, como o de portadores de deficiências.

Para atender as necessidades em saúde de adolescentes e jovens, buscando a redução de agravos e contribuindo para produzir impactos positivos na sua vida, sem se restringir à prevenção de doenças e agravos ou ao atendimento clínico; para buscar estratégias setoriais e intersetoriais que contribuam para a modificação do quadro de vulnerabilidade dos jovens a doenças e agravos, influenciando no desenvolvimento saudável desta população; para estar em consonância com as propostas do Ministério da Saúde através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, torna-se relevante e imprescindível a formulação e implantação de uma Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, tendo em vista que, desde 2001, com a municipalização dos técnicos do Programa Estadual de Saúde Escolar, a SES deixou de coordenar e desenvolver ações sistemáticas dirigidas à população adolescente, realizando somente atividades pontuais.

2.3 Saúde da Mulher

A Política Estadual de Saúde da Mulher vem desenvolvendo ações de planejamento, monitoramento e apoio às secretarias municipais de saúde, as quais vão ao encontro das políticas do Ministério da Saúde nesta área. As principais estratégias estão voltadas para o controle dos agravos prevalentes do gênero são as seguintes:

- diagnóstico precoce de câncer de mama com vistas à redução da morbimortalidade nas mulheres do RS;
- diagnóstico das lesões pré-malignas do câncer de colo uterino (neoplasias intracervicais graus I, II, III) e pesquisa do papiloma vírus com intenção de reduzir a mortalidade do câncer de colo uterino;
- investigação da mortalidade em idade fértil, com ênfase na mortalidade materna;
- prevenção das complicações advindas da falta de atenção primária no pré-natal e puerpério;
- atenção à gestante de alto risco e ao parto;
- formação de redes de atenção integral para mulheres em situação de violência doméstica e sexual.

O Rio Grande do Sul apresenta taxas de incidência e mortalidade de câncer de mama elevadas, detendo o segundo lugar em importância deste problema em saúde pública no Brasil. A incidência é de 5.050 casos novos por 100.000 mulheres/ano - INCA/MS/2005, e a mortalidade de 18,2 por 100.000 mulheres/ano atualizado em 2008/SIM. Convém salientar que, em nosso estado, a mortalidade por este tipo de tumor está aumentando em mulheres com menos de 49 anos (19% dos casos em 2008) e que, aproximadamente, 50% dos casos de câncer de mama chegam a estágios avançados, III e IV. Ainda assim, 95,4% dos óbitos por este agravo em 2008 ocorreram em mulheres com mais de 40 anos, enquanto a razão de mamografias pelo SUS para este ano ficou apenas 0,08 por mulher nesta faixa etária. Destacam-se, nesta avaliação, o desempenho da 11ª e da 14ª CRS, as quais alcançaram razões de 0,12 e 0,16, respectivamente, valores bem superiores à média estadual e que sugerem a otimização da oferta de mamografias. É necessário ampliar a cobertura das ações de diagnóstico precoce em todas as regiões, principalmente a oferta de exames radiológicos (mamografia) como estratégia de enfrentamento deste problema.

A prevenção do câncer de colo uterino na mulher gaúcha é um dos eixos prioritários da Seção da Saúde da Mulher. Com a perspectiva do diagnóstico precoce da presença do HPV (Human Papiloma Vírus), podemos diminuir significativamente a mortalidade por esta neoplasia. No RS, a incidência projetada pelo INCA/MS é de 1.880 por 100.000 mulheres/ano

– 2005, e a mortalidade de 2008 foi de 5,4 por 100.000 mulheres (SIM/RS), revelando aumento em relação a 2007. Entre as regiões do estado, destacam-se cinco CRS (1^a, 2^a, 3^a, 4^a e 10^a) com taxas superiores à média estadual e com valores crescentes em relação a 2007. A razão de exames citopatológicos por mulher de 25 a 59 anos ficou 0,19 (SIA/SUS) em 2008, revelando pequena redução em relação a 2007, embora não tenha atingido a meta pactuada. Além disto, há problemas de alimentação do banco de dados oficial deste indicador – SISCOLO, que revelou um sub-registro de 46% em relação ao SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS). Estes dados demonstram dificuldade na redução das taxas de mortalidade e incidência por este agravo, exigindo medidas relacionadas ao diagnóstico precoce e monitoramento das ações no estado.

A cobertura da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil no estado, em 2008, ficou em 80%, atingindo a meta pactuada com o Ministério da Saúde (75%) e apresentando incremento em relação ao ano anterior. O número absoluto de óbitos de mulheres em idade fértil, ao contrário dos óbitos femininos específicos por causas maternas, vem apresentando pequena de tendência de redução nos últimos anos em treze Coordenadorias Regionais de Saúde, impactando no valor total do estado. É preciso qualificar esta investigação para que sirva, além de revelar sub-registro de óbitos maternos, como subsídio ao planejamento das ações gerais voltadas à saúde da mulher.

O coeficiente de mortalidade materna no estado foi de 62,2/100.000 NV/ano em 2008. O número absoluto de óbitos maternos apresentou aumento de 41,5% em relação a 2007, exigindo uma avaliação detalhada das circunstâncias em que os mesmos ocorreram, principalmente em cinco CRS (5^a, 12^a, 14^a, 15^a e 16^a), nas quais o valor excedeu a série histórica da regional. Até o momento, não há dados de 2008 disponíveis para as demais unidades da federação com a finalidade de verificar tendência semelhante ou não. A crescente investigação de óbitos de mulheres em idade fértil pode ser uma das explicações para o referido aumento, uma vez que esta atividade revela óbitos maternos desconhecidos. A investigação dos óbitos maternos deve contribuir para a redução da mortalidade por esta causa ao produzir informações fidedignas sobre as ações envolvidas na história de cada evento e ao gerar subsídios para a tomada de decisões. Atualmente, problemas relacionados à cobertura e qualidade destas investigações realizadas no estado ainda não permitem análise precisa das falhas nos diferentes níveis de atenção à gestante. As capacitações realizadas e programadas em 2009 devem auxiliar na qualificação deste

processo. As principais causas obstétricas de morte materna demonstradas pelos dados do SIM são: hemorragia uterina, infecção materna e hipertensão na gestação. Destacam-se, também, as causas indiretas (hipertensão prévia, diabetes, cardiopatia) que, associadas à gravidez, aumentam significativamente seu risco. Na maioria das vezes, são evitáveis ou passíveis de ação diante do correto diagnóstico e estratégias para combatê-las.

A adequada atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério tem como principal objetivo garantir o acompanhamento precoce à gestante, assegurando, ao final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal. Em 2008, o percentual de nascimentos com 7 ou mais consultas de pré-natal no estado foi de 71,3%, considerado adequado, destacando-se a 14ª CRS (88,2%) e a 10ª CRS (59,9%), pelo melhor e pior desempenho, respectivamente. O monitoramento do pré-natal pelo SUS, através do SISPRENATAL, revelou cadastro de 53% do total das gestantes do estado, demonstrando subalimentação do sistema, visto que a rede básica atende, no mínimo, 70% das mesmas. Apesar disto, 82,4% das gestantes cadastradas iniciaram o pré-natal precocemente, ação que aliada à qualificação das demais ações, contribuirá para redução da morbimortalidade materna e perinatal. O número de cesarianas correspondeu a 53,7% dos partos de nascidos vivos de 2008 e apresenta tendência crescente. O percentual de nascidos vivos de mães com menos de 20 anos foi de 17,4% (SINASC), dado inferior à série histórica do estado.

2.4 Saúde do Homem

Até 2008, não existia uma política específica para a população masculina no Rio Grande do Sul. A partir da construção da política nacional voltada à saúde integral do homem e do reconhecimento das especificidades demográficas, epidemiológicas e culturais da população masculina, inicia-se um processo de construção de uma Política Estadual de Saúde do Homem.

Várias são as condições que retratam a problemática da saúde do homem na atualidade. Com relação ao acesso aos serviços de saúde, por exemplo, observa-se que a população masculina chega para atendimento quando algum problema de saúde já se instalou e encaminha-se para atenção especializada. Portanto, pode-se seguramente afirmar que as estratégias de prevenção e promoção da saúde ainda apresentam pouco alcance para esta população. Exemplo disso é que, em 2007, no Brasil, enquanto as mulheres somaram

16.000.000 de consultas ao ginecologista, os homens somaram 2.000.000 de consultas ao urologista, conforme dados da terceira revisão do PNAISH. Após procura de dados relacionados ao estado do Rio Grande do Sul, constatou-se que os mesmos não estão disponíveis por sexo e por especialidade.

O PNAISH também constatou que 75% das enfermidades e agravos da população-alvo estão concentrados em cinco grandes áreas: cardiologia, gastroenterologia, pneumologia, psiquiatria e urologia dentro de uma faixa etária, dos 20 aos 59 anos.

Os coeficientes de mortalidade por neoplasias, no Rio Grande do Sul, mantiveram a tendência de aumento (de 155,6 em 2006 para 159,9/100.000 habitantes em 2007). O câncer de próstata é o que apresenta maior aumento ao longo do tempo na mortalidade por neoplasias, representando 17,3 % do total. Segue em primeiro lugar o câncer de pulmão, correspondendo 33,6% do total.

Na faixa etária dos 20 aos 59 anos, com relação às violências, os acidentes predominam na população masculina. Os acidentes de trabalho significam mais de 50% dos acidentes, seguidos pelos de trânsito e pelos domésticos, com exceção no ano de 2007, conforme mostra a tabela 42 a seguir:

Tabela 42 – Número de acidentes notificados no RINAV, por tipo, sexo masculino, faixa etária de 20 a 59 anos, RS, 2003-2008.

	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007
Trabalho típico	2.938	58	3.774	69	3.742	65	1.950	57	1.442
Trânsito	2.025	40	2.444	44	2.475	43	1.665	48	1.387
Doméstico	2.160	43	1.845	34	2.050	35	1.225	36	1.424
Esporte e Lazer	566	11	821	15	944	16	397	12	242
Trabalho de trajeto	264	5	376	7	304	5	156	5	99
Acidente na Escola	16	0	20	0	15	0	5	0	3
Total	5.031	100	5.506	100	5.788	100	3.448	100	3.155

Fonte: RINAV/SIST/SES-RS, 2008

Os acidentes domésticos são aqueles que ocorrem no espaço da residência do acidentado ou de outrem, ou no desempenho de atividade sem fins lucrativos. Nesta categoria, as quedas são bastante significativas, assim como a exposição às lesões causadas

por vidro, faca, arma de fogo, ferramentas e demais utensílios. Em proporção bem menor, aparecem o contato com animais e queimaduras, entre outros.

Tabela 43 – Número de óbitos notificados no RINAV, por tipo, sexo masculino, faixa etária de 20 a 59 anos, RS, 2003-2008.

	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
Acidentes	30	0,4	31	0,3	30	0,3	10	0,2	8	0,2	37	1,3
Violências	45	3,1	41	2,3	25	1,3	5	0,5	14	1,6	51	5,8
Total	75	0,7	72	0,6	55	0,5	15	0,2	22	0,4	88	2,2

Fonte: RINAV/SIST/SES-RS, 2008

Os dados apresentados enfatizam o impacto que as causas externas têm sobre a saúde da população em geral e, especialmente, a saúde do homem. Diante deste retrato da saúde do homem no Rio Grande do Sul, torna-se importante uma mudança de foco programático, indo do restrito campo da adesão a programas assistenciais de saúde para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma, baseado na atenção integral. Este paradigma deve valorizar fundamentalmente a promoção da saúde e a qualidade de vida, bem como a educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação de ações de saúde.

2.5 Saúde do Idoso

O contexto demográfico do Rio Grande do Sul apresenta baixa natalidade, com tendência a estacionamento do crescimento populacional nos próximos vinte anos, mas com aumento da população de pessoas idosas. A Região Sul tem o maior número de idosos em domicílios unipessoais, sendo que Porto Alegre é a capital do Brasil com maior proporção (12,8%) de pessoas com 60 anos ou mais morando sozinhas.

A pirâmide populacional apresenta diminuição da população de adultos jovens (emigração), número de idosos superior ao de pré-escolares, aumento da expectativa de vida ao nascer e de sobrevivência após os 60 anos de idade, bem como aumento da razão de dependência de idosos e aumento dos custos da seguridade social. Verifica-se ainda uma distribuição diferenciada da população idosa por Coordenadorias Regionais de Saúde e Macrorregionais, uma heterogeneidade e diversidades cultural, regional, étnica, racial e de orientação sexual e questões de gênero.

O Rio Grande do Sul é o segundo estado brasileiro em número de idosos e o terceiro em expectativa de vida, com média de 75 anos ao nascer para ambos os sexos (IBGE, 2007), sendo que os homens vivem menos (71,38 anos) que as mulheres (78,81 anos). Esses idosos representam 12,9% (1.431.000) da população total do estado (11.103.000). A expectativa média de vida (sobrevida) nas diferentes faixas etárias, a partir dos 60 anos idade, em ambos os sexos é diferenciada; assim, os homens sobrevivem 17 anos (60 a 65 anos), 14,08 anos (65-70 anos), 11,24 anos (70-75) e 8,80 anos (75 anos e mais), e as mulheres, 19,84 anos (60-65anos), 16,34 anos (65-70 anos), 13,20 anos (70-75 anos) e 10,49 anos (75 anos e mais).

Estes dados indicam que a sobrevivida da mulher é superior à do homem, e que essa diferença aumenta na medida em que a idade avança e que o número de idosos com idade acima de 75 anos e mais ganha evidência na distribuição da população idosa. Isso impõe a enorme responsabilidade de criar condições sociais e políticas públicas capazes de dar respostas às necessidades dos idosos e de suas famílias.

É importante lembrar ainda que, como há diferença de expectativa de vida entre homens e mulheres, também há entre negros, brancos, indígenas, e as diversidades cultural, regional, étnica, racial e de orientação sexual, potencialidades e habilidades. Por exemplo, no Brasil, uma pessoa negra nascida em 2000 viverá, em média, 5,3 anos menos que uma branca (Atlas Racial Brasileiro, 2000).

Segundo projeções do IBGE, em 2005, a população idosa residente no estado estaria distribuída nos 496 municípios na seguinte proporção: 69 municípios (13,91%) com 10% de pessoas com 60 anos ou mais; 268 municípios (54,03%) entre 10 e 13%; 136 municípios (27,41%) entre 14 e 17%; 15 municípios (3,03%) entre 18 e 21%; e 8 municípios (1,62%) acima de 22%.

Tabela 44 – Distribuição etária da população idosa, por sexo, RS, 2005.

IDADE	HOMENS	MULHERES	Nº Total	%
60 a 64	195.089	217.975	413.064	31,05
65 a 69	144.481	175.651	320.132	24,06
70 a 74	100.464	164.780	265.006	19,92
75 e mais	125.674	206.131	331.508	24,92

Fonte: IBGE-PNAD, 2005

Tabela 45 – População idosa residente, por sexo, segundo Macrorregião de Saúde, RS, 2009.

Macrorregião de Saúde	Masculino	Feminino	TOTAL
Metropolitana	226.010	322.964	548.974
Centro-Oeste	73.283	93.869	167.152
Norte	70.266	84.939	155.205
Missioneira	69.805	83.624	153.429
Sul	64.334	87.378	151.712
Serra	56.417	71.680	128.097
Vales	49.494	71.680	128.097
TOTAL	609.609	807.221	1.416.830

Fonte: UNFPA/IBGE, 2007-2009.

Além das condições socioeconômicas, é preciso também levar em consideração a heterogeneidade desta população (idosos jovens, idosos velhos, hígidos e fragilizados), fazendo com que a variabilidade das condições de saúde entre eles, resultante da interação entre fatores genéticos, de cor e de raça, de gênero, ambientais e sociais acumulados ao longo da vida, seja maior que a observada em qualquer outra faixa etária (RS Amigo do Idoso, 2008).

Quanto à escolaridade da população idosa gaúcha, 19% não é alfabetizada, e a média de estudo é de 4 anos. O rendimento médio mensal *per capita* é de R\$ 703,00. A baixa renda afeta o acesso a alimentos nutritivos, moradia adequada e cuidados de saúde, aumentando a vulnerabilidade de homens e mulheres idosos.

Do total de 1.431.000 idosos, 58,3% são aposentados; 11,3%, pensionistas; 12,8%, aposentados e pensionistas e 17,6%, outros, sendo que 81,14 vivem na zona urbana e 18,86% na zona rural.

As mulheres idosas têm os piores indicadores socioeconômicos que os dos homens. Elas correspondem a 57% da população idosa, têm uma expectativa de vida de 78,3 anos de

idade e vivem 7,5 anos a mais que os homens. Do total de mulheres com 60 ou mais anos de idade, 70% são aposentadas e têm um rendimento médio mensal de R\$ 407,00.

Já os homens com 60 ou mais anos de idade representam 43% da população idosa e têm uma expectativa de vida de 70,9 anos. A média de estudo é de 4,2 anos, e 17% não são alfabetizados. A maioria é aposentada e possui um rendimento médio mensal superior ao das mulheres, R\$ 782,00.

Quanto ao perfil de morbidade e mortalidade, um terço dos indivíduos que chegam aos 70 anos no Brasil apresenta doenças crônicas não-transmissíveis, e pelo menos 20% desses idosos terão algum grau de incapacidade associada, implicando diminuição da capacidade física e restrições à autonomia e à independência.

Em relação aos determinantes do processo saúde e doença da população idosa, observam-se mudanças nos indicadores epidemiológicos, ou seja, aumento das taxas de morbidade e mortalidade referentes aos agravos crônico-degenerativos não transmissíveis, incluindo doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, doenças neuropsíquicas, neoplasias, doenças respiratórias, endocrinometabólicas e causas externas.

As doenças cardio e cerebrovasculares ocupam o primeiro lugar de causas de mortalidade no estado, e as doenças respiratórias ocupam o terceiro grupo de causas de mortalidade do estado e o primeiro de causas de internações hospitalares. Dentre as doenças respiratórias, a pneumonia, doença potencialmente curável, é a de maior frequência e ocorre, principalmente, como complicação de infecções virais com maior incidência nos meses de inverno. Salienta-se que as ações de prevenção e vigilância que vêm sendo desenvolvidas desde 1998 através do programa de vacinação anual contra influenza em pessoas com 60 anos e mais, estão contribuindo na diminuição das hospitalizações por pneumonia, embora a adesão dos idosos ao programa, por CRS, tenha variado de 71% a 100%, sendo a média estadual, em 2008, foi de 81,8%.

Tabela 46 – Número de internações por doenças cerebrovasculares na população de 60 anos e mais, RS, jan-nov/2008.

Tipo doença	Nº
Infarto Cerebral	19.812
Acidente vascular cerebral não especificado hemorrágico ou isquêmico	3.364
Outras doenças cerebrovasculares	820
Arteriosclerose	576
Outras doenças vasculares periféricas	386
TOTAL	7.128

Fonte: MS/DATASUS, 2008

Em 2006, nos 496 municípios do estado, ocorreram 18.191 óbitos de idosos com 80 anos e mais, destacando-se os municípios de Porto Alegre, Pelotas, Caxias do Sul, Santa Maria, Canoas, Rio Grande e Novo Hamburgo com maior número de óbitos.

Entre as causas de internação hospitalar, as quedas representam 60% e estão relacionadas ao ambiente físico, aos obstáculos, às calçadas irregulares ou à falta das mesmas e de iluminação, por exemplo. Quanto mais idosa a pessoa, mais graves serão suas consequências.

Outro fato que chama a atenção é o número de pessoas com 50 anos e mais infectadas com HIV no período de 2001 a 2008, que foi de 29.393; destes, 63% eram homens e 37%, mulheres. A mortalidade de idosos por AIDS no estado, em 2004, foi de 5,8/100.000, índice inferior apenas ao do Rio de Janeiro. A AIDS é um fenômeno que vem se tornando mais frequente nessa faixa etária e que precisa ser problematizado como parte das ações educativas.

Políticas de Envelhecimento Ativo

A Política do Envelhecimento Ativo tem como objetivos assegurar os direitos sociais, a saúde e a qualidade de vida à população idosa, visando a promover sua autonomia, integração e participação na sociedade. Tornar o Rio Grande do Sul um Estado Amigo do Idoso significa proporcionar o envelhecimento ativo dessa faixa etária. Esta atividade atualmente é desenvolvida pela Escola de Saúde Pública - ESP, articulando ensino, pesquisa e extensão com as ações de saúde para a população idosa.

2.6 Saúde da População Negra

De acordo com o censo demográfico de 2000, 54% dos brasileiros definem-se como brancos, 45%, como negros (pretos e pardos) e 0,4%, como indígenas. No setor saúde, somente na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o Movimento Social Negro participou ativamente ao lado de outros movimentos, em especial o Movimento pela Reforma Sanitária, do processo de elaboração e aprovação das propostas.

A publicação "Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil" (MS/SVS, 2005), é a única fonte de informações que contempla a análise de alguns indicadores de saúde da população negra, a saber:

1. com relação às gestantes, entre as mães adolescentes no Brasil (mulheres de 15 a 19 anos), 29% dos nascidos vivos são negros, ou seja, índice 1,7 maior que os nascidos vivos brancos. Entre as mulheres com sete ou mais consultas pré-natal, 62% são mães de nascidos vivos brancos, 37% de nascidos vivos pardos e 27% de nascidos vivos indígenas;
2. mulheres negras grávidas morrem mais de causas maternas que as brancas, principalmente por hipertensão própria da gravidez;
3. crianças negras morrem mais por doenças infecciosas e desnutrição que as crianças brancas;
4. o risco de uma pessoa negra morrer por causa externa é 56% maior do que uma pessoa branca: o homem negro apresenta risco 70% maior de morrer por causa externa do que um homem branco, e jovens negros morrem mais que os jovens brancos;
5. com relação à tuberculose, as pessoas da cor preta ou parda tiveram 70% mais risco de morrer por tuberculose do que as pessoas brancas.

Entre as conclusões deste estudo, encontra-se que "pode-se medir as condições sociais e materiais de vida de uma população considerando, entre outros fatores, o local e condições de moradia e perfil dos domicílios, condições de trabalho (ocupação e renda familiar, acesso à escola, qualidade da atenção por parte dos serviços e profissionais de saúde) e que os afrodescendentes brasileiros vivem nas áreas mais inóspitas das regiões

urbanas e em espaços rurais também carentes de políticas essenciais para o exercício da cidadania”.

Em 2006, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - formulada pelo Ministério da Saúde, atendendo uma luta histórica do movimento negro e movimento social brasileiro, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, instituída em fevereiro de 2007 e, finalmente, aprovada pelo colegiado pleno da Comissão Intergestores Tripartite, em 24/04/2008 estabelece princípios, diretrizes, estratégias e responsabilidades para as três esferas de gestão do SUS, visando à melhoria das condições de saúde deste segmento populacional através de “estratégias de gestão solidária e participativa, que incluem: a) utilização do quesito “raça/cor” na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; b) ampliação e fortalecimento do controle social; c) desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; d) implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial” (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - MS/Brasília-DF-janeiro/2008).

No estado do Rio Grande do Sul, o cenário em relação às iniquidades vividas pela população negra não é diferente do contexto brasileiro, o que requer a instituição de uma política específica para corrigir as desigualdades nas condições de saúde deste segmento populacional. O Rio Grande do Sul iniciou proposta de, em um primeiro momento, incluir a população negra no Plano Estadual de Saúde e, posteriormente, escrever a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra que vise reduzir dos diferentes graus de vulnerabilidade a que está exposta. No entanto, várias ações já são desenvolvidas pela SES, embora ainda não de modo integrado.

No estado, também há pouca ou nenhuma visibilidade do modo diferenciado e desigual de adoecer e morrer deste segmento populacional nos relatórios e/ou documentos fornecidos oficialmente pelo setor saúde, pois a produção de informações sobre a morbidade/mortalidade e outros indicadores em saúde apresenta lacuna muito grande em relação ao recorte raça/cor. Portanto, a maior dificuldade para elaborar a análise situacional da saúde da população negra encontrada até o momento é a deficiência no preenchimento dos sistemas de informação em saúde em que existe o campo “raça/cor” (ex: SIM, SINASC, SISVAN, SINAN, SIH, SIA) e a ausência deste campo em outros (ex: SIAB e API).

Enquanto no SIM/RS e SINASC/RS, o preenchimento do campo “raça/cor” tem aumentado significativamente o mesmo não tem ocorrido nos demais sistemas oficiais de informação (tabelas 47, 48, 49 e 50).

Tabela 47 – População por raça/cor, RS, 2000-2007.

Ano	Preta	Parda	Preta + Parda	Branca	Amarela	Indígena	Não Informado	Total
2000	10.152	7.990	18.142	155.789	155	736	800	175.622
2001	9.205	7.450	16.655	142.268	139	767	493	160.322
2002	8.597	7.213	15.810	138.013	115	804	270	155.012
2003	7.722	7.502	15.224	132.646	120	712	261	148.963
2004	7.873	7.512	15.385	136.424	98	752	161	152.820
2005	7.629	7.634	15.263	130.602	90	676	634	146.995
2006	7.046	7.636	14.682	125.168	72	522	855	141.299
2007	6.304	7.563	13.867	118.847	33	420	166	133.333

Fonte: SINASC/NIS/DAS/SES-RS

Tabela 48 – Óbitos segundo raça/cor, ambos os sexos, todas as idades, RS, 2000-2007.

Ano	Preta	Parda	Preta + Parda	Branca	Amarela	Indígena	Não Informado	Total
2000	4.034	2.380	6.414	58.588	77	54	2.425	67.558
2001	4.040	2.270	6.310	59.479	60	85	1.984	67.918
2002	4.105	2.285	6.390	61.141	76	69	1.397	69.073
2003	4.126	2.564	6.690	61.855	56	113	1.398	70.112
2004	4.435	2.687	7.122	63.422	53	91	1.276	71.964
2005	4.212	2.830	7.042	62.202	99	105	1.373	70.821
2006	4.288	2.818	7.106	63.505	51	86	1.304	72.052
2007	4.468	3.046	7.514	65.985	40	72	1.297	74.908

Fonte: SIM/NIS/DAS/SES-RS

Tabela 49 – Óbitos em menores de um ano segundo raça/cor, ambos os sexos, RS, 2000-2007.

Ano	Preta	Parda	Preta + Parda	Branca	Amarela	Indígena	Não Informado	Total
2000	135	151	286	2.092	3	4	265	2.650
2001	159	139	298	2.013	2	19	182	2.514
2002	136	131	267	1.997	4	13	137	2.418
2003	112	140	252	1.913	0	39	170	2.374
2004	99	136	235	1.875	1	30	171	2.312
2005	91	109	200	1.560	0	24	221	2.005
2006	105	96	201	1.525	0	14	112	1.852
2007	76	93	169	1.439	1	9	78	1.696

Fonte: SIM/NIS/DAS/SES-RS

Tabela 50 – Coeficiente de Mortalidade Infantil, segundo raça/cor, ambos os sexos, RS, 2000-2007.

Ano	Preta	Parda	Preta + Parda	Branca	Amarela	Indígena	Não Informado
2000	13,29	18,89	15,76	13,42	19,35	5,43	331,25
2001	17,27	18,65	17,89	14,14	14,38	24,77	369,16
2002	15,81	18,16	16,88	14,46	34,78	85,82	507,4
2003	14,5	18,66	16,55	14,42	0	54,77	651,34
2004	12,57	18,1	15,27	13,74	10,2	39,89	1.062,11
2005	11,92	14,27	13,1	11,94	0	35,5	607,14
2006	14,9	12,57	13,69	12,18	0	26,81	130,99
2007	12,05	12,29	12,18	12,1	30,3	21,42	469,87

Fonte: SIM/NIS/DAS/SES-RS

População Remanescente de Quilombos

No imaginário nacional, quilombo é algo do passado, que desapareceu do país junto com o sistema escravocrata, em maio de 1888. As denominadas comunidades remanescentes de quilombos ainda causam grande surpresa na população brasileira, ao surgirem notícias nos meios de comunicação sobre a sua existência em praticamente todos os estados da federação e sobre sua conquista gradual do reconhecimento e da posse formal de suas terras.

Esta falsa idéia de inexistência decorre do fato de as comunidades terem permanecido isoladas durante parte do século passado, estratégia intencional que garantiu a sua sobrevivência como um grupo organizado com tradições e relações territoriais próprias e, por conseguinte, com direito a ser respeitado nas suas especificidades, as quais foram significativas para a construção e atualização de sua identidade étnica e cultural e reprodução física e social. Deste modo, comunidades remanescentes de quilombo são grupos sociais cuja identidade étnica os distingue do restante da sociedade.

É importante explicitar que, quando se fala em identidade étnica, trata-se de um processo de auto-identificação bastante dinâmico que não se reduz a elementos materiais ou traços biológicos distintivos, como cor da pele, por exemplo.

Os quilombos, em princípio comunidades autônomas de escravos fugitivos, converteram-se em importante opção de organização social da população negra e espaço de resgate de sua humanidade e cultura e fortalecimento da solidariedade e da democracia, local onde negros se constituíam e se constituem até hoje como sujeitos de sua própria história.

Atualmente, existem 3.524 comunidades remanescentes de quilombos identificadas no território nacional. Bahia, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Sul concentram a maior quantidade de comunidades quilombolas do país.

A partir de informações fornecidas pelo INCRA/RS, o Rio Grande do Sul, conta com 134 comunidades remanescentes de quilombos, situadas em 76 municípios, em 18 CRS, ficando entre os sete estados da federação com maior concentração de comunidades quilombolas do país.

Traduzindo a necessidade de ações específicas para esta população, foi implantado pelo governo federal, em 2004, o Programa Brasil Quilombola, que tem como objetivo articular as ações existentes em nível federal com vistas a melhorar as condições de vida e ampliar os direitos das pessoas que vivem em comunidades remanescentes de quilombos. Este programa divide-se em quatro eixos: *a) acesso à terra, b) inclusão produtiva e desenvolvimento local, c) direitos de cidadania e, d) infra-estrutura e qualidade de vida.*

Para o período de 2008 a 2011, o Programa Brasil Quilombola inclui no eixo "Infra-estrutura e qualidade de vida" as seguintes ações a serem desenvolvidas pelo setor saúde:

- incentivo específico para o Programa de Saúde da Família e Programa de Saúde Bucal em 47 municípios do país que contam com população remanescente de quilombo,

conforme Portaria GM/MS Nº 650, de 28/03/2006, atualizada pela Portaria GM/MS Nº 90, de 17/01/2008;

- abastecimento de água e melhorias sanitárias, sob responsabilidade da FUNASA/MS.

Anemia Falciforme

A doença falciforme é uma das doenças hereditárias mais comuns em todo o mundo, decorrente de uma mutação difundida nas populações do continente africano. Atualmente ocorrem 400.000 novos casos de doença falciforme ao ano no mundo; 89% destes casos na África, com expectativa de vida de 8 anos, sendo que apenas 2% sobrevivem mais de 5 anos.

No Brasil, a doença falciforme chegou com a migração da população africana na época da colonização. Hoje em dia, cerca de 3.500 crianças/ano nascem com esta doença, ou 1/1.000 nascidos vivos, e cerca de 200.000 crianças/ano com traço falciforme (PNTN). A prevalência da doença falciforme na população geral brasileira, conforme estudos, é de 0,04% e, entre negros, 0,22%. Sabe-se que a miscigenação racial no Brasil é uma realidade, tendo em vista que 8% da população são ameríndios, 52%, africanos e 40%, europeus.

No Rio Grande do Sul a incidência da doença falciforme é de 1:10.000 nascidos vivos, e do traço falciforme é de 1:65 nascidos vivos. Os dados cadastrais de 2007 do Serviço de Referência de Triagem Neonatal - SRTN - para o Rio Grande do Sul, situado atualmente no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas em Porto Alegre, são os seguintes:

Tabela 51 - Dados cadastrais de Hemoglobinopatias, SRTN/HMIPV, POA-RS, 2007.

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Total de Nascidos Vivos no RS	132.652
Quantidade de testes realizados para hemoglobinopatias	100.502
Quantidade de crianças reconvocadas por resultado alterado (doentes e traço), entre as triadas para hemoglobinopatias	36
Número de casos positivos confirmados para hemoglobinopatia,	8
Número de casos confirmados de traço falciforme	1260
Quantidade de pacientes com hemoglobinopatias matriculados com Registro Geral (RG) no SRTN	44
Quantidade de pacientes com hemoglobinopatias que recebem a medicação fornecida pelo SUS, sem interrupção	44

Fonte: SRTN/HMIPV

Como não havia dados disponíveis com relação a esta doença antes da implementação da Política de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias - PECAHF, o trabalho realizado contou com a parceria das associações de usuários e das organizações não-governamentais que já vinham trabalhando com esta problemática. Portanto, importa salientar que estes atores foram os principais agentes que contribuíram para a garantia do cumprimento da legislação pertinente à proteção da saúde das pessoas com doença falciforme.

Ao longo do período de implementação desta política, a Secretaria da Saúde do Estado tem capacitado os municípios, profissionais das diversas áreas da saúde, trabalhadores do SUS, familiares e população em geral. Acredita-se que com as capacitações, todas as pessoas envolvidas poderão contribuir na prevenção do avanço da doença. A estratégia de educação tem incluído conscientização do risco e aconselhamento genético não diretivo.

As atividades inicialmente estão sendo desenvolvidas nos seguintes municípios: Alvorada - 1ª CRS, Guaíba - 2ª CRS, Osório - 18ª CRS, Pelotas - 3ª CRS, Rio Grande - 3ª CRS, Passo Fundo - 6ª CRS, São Luiz Gonzaga - 12ª CRS, São Jerônimo - 2ª CRS, São Lourenço do Sul - 3ª CRS. Os critérios de escolha dos municípios citados basearam-se na maior concentração de habitantes afrodescendentes e também na maior concentração de remanescentes de quilombos. Além disso, outro critério utilizado foram localidades com a menor cobertura na triagem neonatal.

2.7 Saúde Indígena

O Rio Grande do Sul conta com uma população de, aproximadamente, 19.000 índios vivendo em terras e/ou acampamentos indígenas, sendo 17.458 kaingang e 1.608 guarani. Esta população está distribuída em terras e/ou acampamentos indígenas localizados em 45 municípios, de 13 Coordenadorias Regionais de Saúde, e representa 0,18% da população do estado (figura 17 e tabela 55).

A renda da maioria das famílias é mínima, decorrente da venda de artesanato, excedente do plantio de subsistência, benefícios de aposentadoria, auxílio natalidade, trabalhos temporários e alguns poucos empregos vinculados aos órgãos públicos: professor, agente de saúde, funcionário do órgão indigenista. Várias famílias são beneficiárias de programas sociais, como “Bolsa Família”, e de recebimento de cestas básicas.

Além destes, em 2007, foi reconhecido um grupo da etnia charrua, que vive de forma coletiva em um bairro de Porto Alegre e há várias famílias kaingang vivendo em meio urbano nos mais diversos municípios do Estado.

O Rio Grande do Sul é vinculado a dois Distritos Sanitários Especiais Indígenas: DSEI Interior Sul, com sede em Florianópolis (Santa Catarina), com predominância de população kaingang; e DSEI Litoral Sul, com sede em Curitiba (Paraná), com predominância de população guarani. Entretanto, a Coordenação Regional da FUNASA no estado exerce todas as atividades de gestão de Saúde Indígena, como se fosse gerente de distrito, através da Assessoria de Saúde Indígena - ASSAI.

A SES-RS atua no campo da saúde indígena dentro de uma estratégia de cooperação com a FUNASA, com as secretarias municipais de saúde e com os conselhos locais e distritais de saúde indígena.

Quando da implantação do Subsistema de Saúde Indígena nos demais estados, a contratação dos profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI - era exercida, exclusivamente, por organizações não-governamentais. No entanto, no Rio Grande do Sul, desde então, foi definido pela FUNASA em conjunto com a SES que a contratação dos profissionais ficaria a cargo dos municípios, que passaram a receber incentivo financeiro específico para este fim, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde. E, a partir de 2003, a SES estabeleceu incentivo financeiro diferenciado

aos municípios que contam com EMSI completa (médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem e agentes de saúde indígena), complementar ao nacional.

Além disto, várias outras ações específicas para a qualificação da atenção à saúde indígena são desenvolvidas pela SES, entre as quais podemos citar:

- capacitações para os profissionais. Ex: coleta de CP, atenção pré-natal, sala de vacina, redução de danos, transmissão vertical, aconselhamento, especialização em saúde indígena, residência multiprofissional em saúde indígena;

- atenção diferenciada, de acordo com o princípio da equidade, para acesso ao atendimento aos demais níveis do SUS;

- participação nas comissões de seleção, acompanhamento e demissão de profissionais das EMSI, que são compostas por representantes da FUNASA, FUNAI, SMS, lideranças e conselhos locais de saúde indígena;

- participação nas discussões referentes à qualificação da atenção à saúde indígena junto a SMS, FUNASA, Ministério Público Federal e representantes indígenas;

- participação no Conselho Estadual dos Povos indígenas (CEPI/RS)

Morbimortalidade da população indígena do Rio Grande do Sul

No Rio Grande do Sul, ainda não foi estabelecido o pacto com a FUNASA sobre fluxo de informações da saúde indígena e há deficiência dos sistemas nacionais de informações em saúde, que não contemplam, entre outros dados, a identificação étnica e o domicílio do pacientes indígenas, o que dificulta a construção do perfil epidemiológico e cria dificuldades para a sistematização de ações voltadas para a atenção à saúde dos povos indígenas.

Portanto, os dados aqui apresentados, principalmente no que diz respeito à morbidade, ainda devem ser qualificados.

Morbidade

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, nota-se o aparecimento de problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida: a hipertensão arterial, o

diabetes, o câncer, as doenças sexualmente transmissíveis, o uso abusivo de álcool e a depressão são problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades.

Entre os menores de cinco anos, predominam as doenças respiratórias, as gastroenterites e doenças de pele.

Mortalidade

Em 2003 ocorreram 123 óbitos na população indígena do estado e , em 2007, 69. Portanto, neste período, houve um decréscimo do número de óbitos, e, concomitantemente, a população aumentou. Quanto à mortalidade infantil, em 2003, ocorreram 47 óbitos, em 2007, 13 óbitos, e, em 2009, 12, indicando significativa melhora nas condições de saúde desta população (tabela 52).

Com relação à mortalidade em menores de 5 anos, em 2003, ocorreram 59 óbitos, em 2007 e 2009, 20 óbitos.

Apesar da melhora no número absoluto de óbitos, ainda predominam causas evitáveis de óbito em crianças e causas externas em adultos.

Tabela 52 – Indicadores vitais da população indígena, RS, 2003-2009.

Ano	População	Nascidos vivos	nascidos mortos	total de óbitos	óbitos < 1 ano	óbitos < 5 anos	óbitos < 50 anos
2003	15.198	474	11	123	47	59	41
2004	15.878	449	11	101	39	52	32
2005	16.582	527	13	92	22	33	29
2006	18.892	434	10	83	18	23	41
2007	19.066	361	11	69	13	20	23
2008		388	11		11	17	
2009		451	12		12	20	

Fonte: NIS/DAS/SES-RS; FUNASA.

Imunizações

Devido à baixa cobertura vacinal da população indígena em vários estados, inclusive no Rio Grande do Sul, Ministério da Saúde, FUNASA e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) promoveram, nos anos de 2005 a 2009, o “Mês de Intensificação de Imunização dos Povos Indígenas”. Os resultados destes esforços concentrados, dos quais participaram ativamente FUNASA, Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, secretarias municipais de saúde e população indígena demonstram um considerável aumento da cobertura vacinal (tabela 53).

Tabela 53 - Cobertura vacinal da população indígena, por tipo de vacina e faixa etária e cobertura preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações – PNI, RS, 2004 a 2009.

Menores de 1 ano							
Vacina	Meta PNI	2004	2005	2006	2007	2008	2009
BCG	90	26	58,9	89,6	95,4	87,1	94
Pólio	95	30,3	85,5	79,1	78,9	65,9	75,4
Tetra	95	30,3	85,5	79,1	75,3	65,9	75,4
Hepatite B	95	22,2	82	80,7	80	71,8	74,1
1 a 4 anos							

BCG	90	55,2	59,9	97,2	97,4	98,4	98,4
Pólio	95	58,1	65	92,6	93,7	97,2	96,2
Tetra	95	58,1	65	92,6	92,7	96,5	95,8
Hepatite B	95	34,7	59,6	90,7	95,2	96,4	96,1
TV	95	25,7	64,4	89	93,8	89,2	89,3
Pneumo	90	19,1	40,5	70,2	88,5	90,8	88,8
FA	100	11,1	68,4	82,7	93,7	91,2	94,9
VA	95	9,5	73	86,6	92,6	91,4	92,5
Mulheres em Idade Fértil							
Tríplice Viral	95	20,9	65	84,1	92	92	95
Dupla Adulto	95	0	43,9	80,2	86,2	87,2	89,6
60 anos ou mais							
Influenza	100	25	89,5	67,8	75,9	87,3	84
Pneumococo	90	6	28,9	61,8	76,6	89,7	92,6

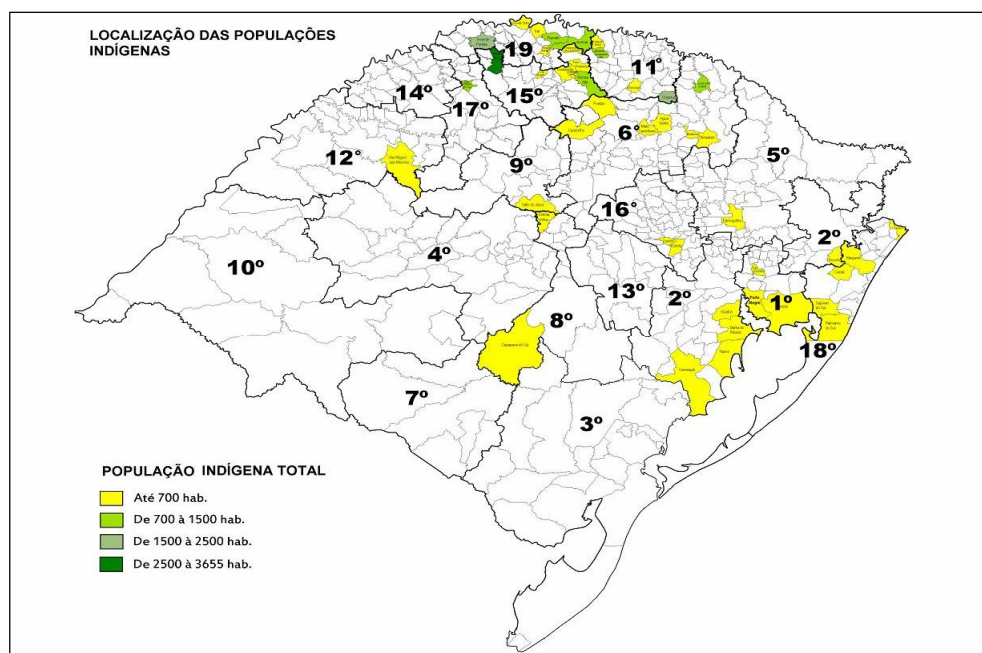
Fonte: FUNASA

Tabela 54 - Percentual da população indígena, por faixa etária, com esquema vacinal completo, RS, 2009.

idade	% população indígena com esquema vacinal completo
< 1 ano	42,5%
1 a 6 anos	88,1%
7 a 59 anos	71,2%
60 e mais	76,4%
mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)	79,3%
população total	73,4%

Fonte: FUNASA

Figura 17 – Localização das populações indígenas, RS



Fonte: FUNASA

Tabela 55 – População indígena por CRS e município, RS.

CRS	MUNICÍPIO	ALDEIAS	POP		
			ALDEIA	MUNIC	
1 ^a	Porto Alegre	Acampamento do Morro do Osso	92	354	
		Acampamento Lomba Kaingang	172		
		Acampamento Lami	18		
		Lomba do Pinheiro	72		
	São Leopoldo	Acampamento de São Leopoldo	77	77	
	Viamão	Cantagalo	97	224	
Estiva		78			
Itapuã		49			
2 ^a	Barra do Ribeiro	Coxilha da Cruz	147	237	
		Flor do Campo	32		
		Passo da Estância	16		
		Passo Grande	42		
Camaquã	Água Grande	20	76		
	Pacheca	56			
	Caraá	Varzinha		44	44
	Guaíba	Petim		20	20
	Riozinho	Acampamento Km 45 - Itapoã		19	19
Tapes	Arroio Velhaco	7	7		

5 ^a	Farroupilha	Acampamento de Farroupilha	53	53
	Água Santa	Carreteiro	193	193
	Cacique Doble	Acamp. P. Grande da Forquilha	122	898
Campo Verde		143		
Sede - Cacique Doble		633		
6 ^a	Carazinho	Acampamento Carazinho	0	0
	Ibiraíaras	Santa Catarina	236	236
	Mato Castelhana	Acampamento Mato Castelhana	72	72
	Muliterno	Santo Antônio	180	180
	Pontão	Acampamento Pontão	0	
8 ^a	Estrela Velha	Itaúba	24	24
	Caçapava do Sul	Irapuá	67	67
9 ^a	Salto do Jacuí	Horto Florestal	95	352
		Acampamento Júlio Borges	101	
		Saltinho	156	
11 ^a	Benjamin Constant do Sul	Votouro	942	983
		Votouro Guarani - Guabiroba	41	
	Charrua	Ligeiro Água Santa	302	1.512
		Ligeiro Caixa D'água	320	
		Ligeiro Mata	325	
		Ligeiro Paraná	281	
		Ligeiro Sede	284	
Erebango	Mato Preto	45	243	
	Ventarra	198		
Faxinalzinho	Kandóia	134	134	
12 ^a	São Miguel das Missões	Koenjú	140	140
15 ^a	Constantina	Linha Capinzal (Serrinha)	275	478
		Linha Marcoto	50	
		Linha São Sebastião	153	
	Engenho Velho	Linha Bela Vista	142	648
		Linha Boa Vida	105	
		Linha Capoeira Grande	26	
		Linha Felipe	85	
		Linha Luzato	162	
		Linha Polita	107	
		Linha Santa Maria	21	
	Gramado dos Loureiros	Bananeira I	201	473
		Bananeira II	272	
	Lajeado do Bugre	Acampamento Lajeado do Bugre	54	54
	Redentora	Bananeira	667	3.655
		Capoeira dos Amaros	57	
Estiva		523		
Gengiva		129		
Irapuá		687		

	Katiú Griá	155	
	Laranjeira	131	
	Mato Queimado	275	
	Missão	674	
	Pau Escrito	357	
	Linha Alto Recreio	323	
	Linha Baixada	212	
	Linha Gramado Verde	58	
Ronda Alta	Linha Pedras Brancas	304	961
	Linha Produção	38	
	Linha Santa Lúcia	26	
	Linha Boa Esperança	113	
Três Palmeiras	Linha Caneleira	196	309
16 ^a	Estrela	Acampamento de Estrela	101
	Lajeado	Acampamento de Lajeado	29
17 ^a	São Valério do Sul	Inhacorá	942
	Capivari do Sul	Acamp. Capivari	48
	Maquiné	Acamp. Gruta/Espraiado/Pinheira	18
18 ^a		Campo Molhado - Nhudorã	37
	Palmares do Sul	Granja Vargas	32
	Torres	La Figueira	45
	Iraí	Iraí / Aeroporto	498
		Acampamento Capão Alto	77
		Capinzal	100
	Nonoai	Cascata	102
		Sede	509
		Vila Alegre	104
		Acampamento do Ivaí	159
		Acampamento 4 ^a Secção	181
		Conceição	55
		Passo Feio	16
19 ^a	Planalto	Pinhalzinho	304
		Sanga Leonardo - Mbarakamirim	36
		São Braz	198
		Vila Cruzeiro	159
		Jacutinga	15
	Rodeio Bonito	Linha Veiga	61
		Pinheiro Baixo	42
		Rio da Várzea	359
		Km 10	646
	Tenente Portela	Pedra Lisa	607
		Três Soitas	748
	Vicente Dutra	Rio dos Índios	115
	TOTAL	19.066	19.066

Fonte: FUNASA

Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Reconhecendo as especificidades étnicas, culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas, o Ministério da Saúde, através da Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999, acrescentou dispositivo à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde da População Indígena como componente do Sistema Único de Saúde (SUS) com a responsabilidade por sua estruturação e operacionalização.

O propósito do subsistema é assegurar o acesso da população indígena à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, contemplando as diversidades social, cultural, geográfica, histórica e política. Desde então, coube à Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, a execução desta política através de atividades de planejamento, organização e operacionalização de ações baseadas nas necessidades locais de saúde e nas diretrizes da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas.

A provisão de atenção especial oferecida pelo Subsistema de Saúde Indígena requer um aporte financeiro suplementar aos já definidos no SUS, como Piso de Atenção Básica - PAB - e Autorizações de Internação Hospitalar - AIH, que consideram a população total dos municípios e, portanto, incluem a população indígena. Assim, foi estabelecido financiamento federal específico do subsistema como suplemento para garantir atenção diferenciada à saúde para essa população altamente vulnerável, como por exemplo:

- Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas – componente do PAB variável, repassado do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde;

- Incentivo para assistência ambulatorial, hospitalar e apoio diagnóstico à população indígena – componente do incentivo para média e alta complexidade, repassado do Fundo Nacional de Saúde para hospitais que são referência para a população indígena.

O subsistema é formado por 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que devem contar com uma rede de serviços de atenção básica à saúde dentro das áreas indígenas integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS.

O DSEI é uma unidade organizacional da FUNASA e deve ser entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, na

qual é desenvolvido um conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulado com a rede do SUS, para referência e contrarreferência.

Os territórios distritais foram definidos num processo de construção com as comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde. A definição destas áreas se pautou não apenas por critérios técnico-operacionais e geográficos, mas respeitou também a cultura, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, o que não necessariamente coincide com os limites de estados e/ou municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI - dos distritos podem ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento, podendo contar com a participação de outros técnicos e especialistas considerados necessários, como por exemplo, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, antropólogos. O número, qualificação e perfil dos profissionais de cada EMSI são estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando principalmente: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso e o perfil epidemiológico.

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, foi implantado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI, o qual é operado no âmbito da FUNASA. De acordo com a Política Nacional de Saúde Indígena (Portaria GM/MS Nº254, de 31/01/2002), “o fluxo das informações deve ser pactuado com os municípios de referência e/ou estados e os dados gerados nos serviços de referência da rede do SUS devem ser encaminhados para os distritos. Nas circunstâncias especiais, em que couber ao distrito viabilizar todo o serviço de assistência na sua área de abrangência, o mesmo repassará estas informações para os respectivos municípios e/ou estados, a fim de alimentar continuamente os bancos de dados nacionais. O acesso permanente ao banco de dados deverá estar assegurado a qualquer usuário”.

O papel das diferentes esferas de gestão do SUS no Subsistema de Saúde Indígena também está descrito no Anexo da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, de onde se destaca:

- os direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Conforme determinação legal, a FUNASA é o órgão

responsável pela execução das ações, entre elas a de promover a articulação intersetorial e intra-setorial com outras instâncias do SUS;

- as secretarias estaduais e municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena em articulação com o Ministério da Saúde/FUNASA. É indispensável à integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS. Deverá ser dada atenção, também, às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes etc.), que já afetam grande parte da população indígena no país;

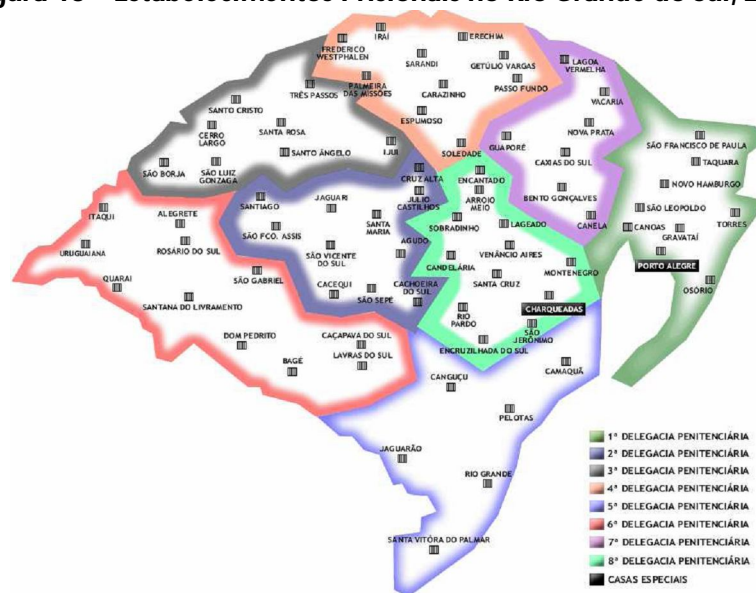
- é necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do SUS, por meio de um planejamento pactuado nos DSEI, que resguarde o princípio da responsabilidade final da esfera federal e um efetivo controle social exercido pelas comunidades indígenas;

- as ações a serem desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão financiadas pelos orçamentos da FUNASA e do Ministério da Saúde, podendo ser complementadas por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. Os estados e municípios também deverão atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS. O financiamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá ser de acordo com o montante de população, situação epidemiológica e características de localização geográfica.

2.8 Saúde Prisional

O Estado do Rio Grande do Sul conta com uma população prisional de aproximadamente 28 mil detentos, segundo dados da SUSEPE/RS (2008). A figura 18 apresenta o mapeamento dos estabelecimentos penitenciários distribuídos nos municípios do RS.

Figura 18 – Estabelecimentos Prisionais no Rio Grande do Sul, 2008.



Fonte: SUSEPE/SSP-RS

A população carcerária do estado, em março de 2009, era composta por 26.652 homens (94,78%) e 1.468 mulheres (5,22%), totalizando 28.120 pessoas. Do total da população carcerária, 66% são brancos, 20% pardos, 12% negros e o restante, asiáticos (0,05%) e indígenas (0,32%). A distribuição por faixa etária e nível de escolaridade encontra-se nas tabelas a seguir:

Tabela 56 – População do sistema penitenciário quanto à faixa etária, RS, 2009.

IDADE	QUANTIDADE	%
18 a 24 anos	6.798	24,17
25 a 29 anos	7.534	26,79
30 a 34 anos	5.133	18,25
35 a 45 anos	5.859	20,84
46 a 60 anos	2.419	8,6
Mais de 60 anos	324	1,15
Não Informado	53	0,19
TOTAL	28.120	100

Fonte: SUSEPE/SSP-RS

Tabela 57 – População prisional quanto ao grau de instrução, RS, 2009.

GRAU DE INSTRUÇÃO	QUANTIDADE	%
Analfabeto	1.299	4,62
Alfabetizado	2.047	7,28
Ensino Fundamental Incompleto	17.873	63,56
Ensino Fundamental	3.198	11,37
Ensino Médio Incompleto	2.001	7,12
Ensino Médio	1.324	4,71
Superior Incompleto	214	0,76
Superior	93	0,33
Não Informado	71	0,25
TOTAL	28.120	100

Fonte: SUSEPE/SSP-RS

Desta população, 41% declararam ter relação estável, sendo 10% deste percentual casados e 54% são solteiros. Quanto à origem, 95% são do Rio Grande do Sul, e os demais de outros estados brasileiros, com maior concentração dos estados do Paraná (1,5%) e de Santa Catarina (1,7%). São brasileiros 99,6% dos detentos; o restante tem por origem 10 países, sendo 0,07% da Argentina (20), 0,18% do Uruguai (51) e 0,05 do Paraguai (16).

Todas as religiões estão representadas, sendo que 70,5% declararam-se católicos. São reincidentes 61,07% dos presos. Quanto à profissão, das 108 citadas, destacam-se: 2.716 auxiliares de serviços gerais (9,66%), 2.768 serventes (9,84%) e 2.008 pedreiros (7,14%).

A prevalência e incidência de HIV, tuberculose, hepatites virais e DSTs na população prisional são consideravelmente mais elevadas que na população em geral, sendo que, de 40 óbitos ocorridos em pacientes do sistema prisional internados nos hospitais Vila Nova e Conceição, 27 apresentaram AIDS como causa de morte, 6, tuberculose e 2, cirrose. Em inquérito realizado em 1997, no Presídio Central de Porto Alegre, de 606 presos testados para HIV, 32,7% tiveram resultados reagentes com fatores de risco associados à tuberculose, sífilis, candidíase oral e uso de drogas injetáveis - UDI;

Pela Portaria conjunta nº 001, de 09 de outubro de 2003, o Secretário de Estado da Justiça e da Segurança e o Secretário de Estado da Saúde determinaram a formação de um Grupo de Trabalho, composto pelos servidores da SJS e SES, com objetivo de implantar o Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário em cumprimento aos termos da Portaria nº 1777/2003. O Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde da População Prisional do Rio Grande do Sul foi aprovado pelo Plenário do Conselho Estadual de Saúde do RS, CES/RS, no uso de suas competências legais e atribuições, em sua reunião Plenária Ordinária ocorrida em 22 de setembro de 2005, através da Resolução nº 08/05 – CES/RS. O Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde da População Prisional também foi aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite/RS através da Resolução nº 177/05 CIB/RS.

A gestão do Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde da População Prisional do Rio Grande do Sul é atribuição da Secretaria Estadual de Saúde – SES com a corresponsabilidade da Secretaria de Justiça e Secretaria de Segurança na construção, implementação, acompanhamento e avaliação. Esta corresponsabilidade entre as secretarias ocorrerá de forma continuada, especialmente no que se refere à execução e ao aperfeiçoamento da atenção à saúde da população prisional e do processo contínuo de monitoramento e avaliação da implementação das propostas definidas no plano.

Os municípios que assumirem a atenção à saúde das casas prisionais de seus territórios deverão elaborar um plano municipal e aprová-lo no Conselho Municipal de Saúde. Os laudos de vistoria da Vigilância Sanitária nas Unidades de Saúde Prisionais deverão ser emitidos pelos órgãos competentes, gestor municipal e/ou estadual. Após a aprovação do referido plano, e caso não atenda à legislação vigente, poderá realizar um Termo de Ajuste de Conduta para as adequações necessárias entre a SUSEPE e a Vigilância Sanitária competente.

A organização das referências e contrarreferências rege-se pelos princípios do Plano Diretor de Regionalização, que é o instrumento de ordenamento do processo da assistência à saúde no estado do RS. Tem como delineamento a consecução dos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população-alvo e garantia de acesso dos indivíduos a todos os níveis de atenção.

A Portaria Interministerial 1.777/GM, através do seu artigo 1º, parágrafo 2º, incisos I e VI, além de promover a inserção definitiva da população penitenciária na programação da assistência no Rio Grande do Sul, no atendimento de suas necessidades de saúde na Atenção Básica, determina que a garantia do acesso dessa população aos demais níveis da atenção à saúde seja feita através das referências. No contexto da diretriz constitucional da descentralização, cabe 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 a responsabilidade pela garantia do acesso da população do seu território aos serviços, de acordo com as necessidades, independentemente do local onde o atendimento será prestado.

Os fluxos das referências e contrarreferências, no âmbito da atenção à saúde do sistema penitenciário, deverão obedecer ao ordenamento da pactuação na CIB Estadual, entre as Coordenadorias Regionais de Saúde – gestores municipais e gestor estadual, considerando-se que a população penitenciária foi estimada pelo IBGE, em 2003, como população residente do município em que o presídio está localizado. As referências são discutidas e negociadas em microrregiões, regiões e macrorregiões de saúde com todos os municípios.

A capacitação dos trabalhadores de saúde do sistema prisional ficará sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, através da Escola de Saúde Pública, das áreas técnicas do Departamento de Ações em Saúde, Centro Estadual de Vigilância em Saúde, Departamento de Assistência Ambulatorial e Hospitalar e outras áreas técnicas da SES-RS.

Segundo o Plano Operativo Estadual, são as seguintes as atividades da equipe básica:

- Avaliação Admissional: todo sentenciado será avaliado pela equipe ao ingressar na unidade prisional. Seus dados serão guardados em prontuário individual que, juntamente com o cartão espelho de vacina, deverá acompanhar este sentenciado em caso de transferência. Neste momento, serão solicitados os exames complementares necessários,

programados os acompanhamentos, aplicadas as vacinas, salvo existirem contraindicações, conforme as normas do Programa Nacional de Imunização. São exames complementares à admissão os seguintes: raio-X de tórax, VDRL, ELISA anti—HIV, hemograma, uréia, creatinina, glicemia de jejum, anti-HBS Ag, TGO e TGP e gama GT, urina rotina, exame parasitológico de fezes;

- Avaliação Periódica: após a avaliação admissional, o apenado será classificado como saudável ou portador de algum agravo, necessitando de acompanhamento médico/odontológico/enfermagem/social/psicológico periódico a ser programado conforme a situação. Aqueles saudáveis deverão ter uma avaliação de rotina periódica anual e serem atendidos quando demandarem, fora da rotina;

- Avaliação Pré-Livramento: todo apenado será avaliado pela equipe antes do livramento para detectar se porventura desenvolveu algum agravo durante o cumprimento da pena. Terá disponíveis seus dados que estiverem guardados no prontuário individual e cópia do cartão de vacina. Caso tenha sido avaliado nos últimos 60 dias (avaliação periódica anual) e não apresentar queixas, poderá ser dispensado desta avaliação pré-livramento.

Sobre a adesão dos municípios à Portaria Interministerial 1.777, de 09 de setembro de 2003, a SUSEPE realizou, em anos anteriores, inúmeras reuniões com diversos municípios a fim de motivá-los a elaborar o Plano Operativo Municipal, sem obter resultados expressivos junto aos gestores municipais. Em 2008, as primeiras 5 Unidades de Saúde Prisional foram qualificadas segundo a portaria: 3 em Charqueadas, 1 em Montenegro e 1 em Santa Vitória do Palmar.

No município de Charqueadas, o gestor municipal habilitou 3 casas prisionais: Penitenciária Modulada de Charqueadas (população carcerária de 909 presos e uma equipe de saúde, Penitenciária Estadual do Jacuí – PEJ (população carcerária de 1900 presos e uma equipe de saúde) e Penitenciária Estadual de Charqueadas – PEC (população carcerária de 463 presos e uma equipe de saúde).

Em Montenegro, com população carcerária de 791 presos, a equipe de saúde é composta por enfermeira, dentista, psicólogo e assistente social, e o município complementou a equipe de saúde prisional. Os casos de urgência seguem as referências do atendimento de saúde do município.

Santa Vitória do Palmar possui Programa de Saúde Prisional para um efetivo carcerário de 83 detentos. Os subsídios financeiros são somente do Ministério da Saúde por tratar-se de população prisional com menos de cem presos.

No processo de operacionalização do Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde da População Prisional do RS, o Laboratório Central do Rio Grande do Sul (FEPPS/LACEN), como de rotina, será referência também para as unidades prisionais.

A organização do Sistema de Informação em Saúde da população penitenciária é uma das prioridades estabelecidas pela Portaria n° 1777/03 para que o Plano de Saúde no Sistema Penitenciário cumpra sua finalidade. Possui como objetivo o monitoramento e a avaliação das ações de saúde do Plano Operativo.

As unidades prisionais terão códigos do CNES e deverão apresentar BPA com a produção dos serviços realizados no sistema penitenciário, seguindo o mesmo cronograma dos demais prestadores do SIA/SUS. Cumpre lembrar que, mesmo em face às precariedades existentes no sistema prisional do RS, todos os esforços possíveis para melhorar esta assistência à saúde estão sendo mobilizados. O Hospital Vila Nova, que disponibiliza 18 leitos hospitalares ao sistema prisional do estado, pretende ampliar para 40 leitos em parceria com a SES-RS. O Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre, disponibiliza mais 3 leitos para atendimentos de alta complexidade.

De acordo com estimativa do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e AIDS (UNAIDS), a prevalência da AIDS entre pessoas privadas de liberdade é mais alta que entre a população em geral. As condições de confinamento, de assistência inadequada e a falta de perspectivas são fatores que aumentam a vulnerabilidade dessas pessoas ao HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Nas prisões, são fatores adicionais de risco o compartilhamento de material usado para consumo de drogas, em tatuagens, *piercings* e lâminas de barbear, além da esterilização inadequada ou reutilização de instrumentos médicos ou odontológicos.

De acordo com o Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN, do Ministério da Justiça, o Brasil tem mais de 440 mil pessoas presas, mas não há dados gerais sobre o número de detentos infectados pelo HIV. O Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário tem como objetivo organizar o acesso dessa população ao SUS. Atualmente, 18 estados estão qualificados a esta política. O Rio Grande do Sul realizou sua qualificação em setembro de 2008.

3 POLÍTICAS TRANSVERSAIS E ESTRATÉGICAS

3.1 Política de Humanização

A Política de Humanização da Saúde no Rio Grande do Sul é uma estratégia transversal para todas as ações que dizem respeito à saúde no estado. Neste sentido, perpassa a atenção à saúde da população gaúcha, as ações de organização da assistência à saúde e as práticas de gestão dos serviços e políticas de saúde.

Desde 2003, a SES-RS instituiu a Política de Humanização, anteriormente vinculada apenas à assistência à saúde - PHAS, ampliando e reestruturando suas diretrizes e estratégias no ano de 2007. A atual gestão da Escola de Saúde Pública, coordenadora da Política de Humanização do Estado, assumiu o compromisso de dar continuidade ao processo de difusão e descentralização desta política no Rio Grande do Sul. Como parte da estratégia para atingir este objetivo, e procurando apoiar municípios e serviços interessados em construir modelos de gestão e atenção em saúde que se encontrem em sintonia com os princípios do SUS, foram constituídas parcerias com a PNH, de forma a inserir a Política de Humanização do RS na rede nacional HumanizaSUS.

Coerente com esta posição, em 2007, a PHAS passou a ser denominada Política Nacional de Humanização - PNH/RS, de forma semelhante ao que ocorre nos demais estados do país. Esta alteração em nada diminuiu a autonomia e a singularidade dos processos desencadeados em nosso estado e possibilita a ampliação das trocas de experiências e a integração das ações empreendidas nos diferentes níveis de governo.

A PNH/RS convoca e envolve todos os atores sociais que interagem no contexto das práticas de saúde coletiva: gestores e trabalhadores da saúde, usuários e controle social, dos movimentos sociais e das instituições formadoras. Estão sendo constituídas novas parcerias com a Política Nacional de Humanização – PNH, para inserir de forma mais efetiva a Política de Humanização do Estado na rede Nacional Humaniza SUS.

A PNH/RS é organizada da seguinte forma: Coordenação da PNH/RS, vinculada a Escola de Saúde Pública/SES-RS; Comitê Estadual de Humanização; 19 Comitês Regionais de Humanização; Comitês Municipais de Humanização; 219 Grupos de Trabalho de Humanização - GTH. Mensalmente, há encontros do Comitê Estadual de Humanização, dos quais participam representantes dos diferentes setores/departamentos da Secretaria da

Saúde do Estado - SES-RS, Associação de Secretários e Dirigentes da Saúde – ASSEDISA - e representantes da Política Nacional de Humanização - PNH - dos serviços de saúde e regionais do Estado. Os objetivos do comitê são: apoiar institucionalmente a realização de projetos e ações na perspectiva do Humaniza SUS no âmbito das organizações participantes; orientar e avaliar os rumos da Política de Humanização no Estado do RS.

Além disso, a PNH/RS tem buscado a ampliar a participação dos municípios no HumanizaSUS através da qualificação de 170 apoiadores institucionais, trabalhadores do SUS, como Especialistas em Humanização da Atenção e Gestão do SUS, que fomentam as ações locais e regionais, articulando a política de humanização, acompanhando, estimulando e organizando as redes regional e macrorregional de saúde.

3.2 Política de Prevenção da Violência

Em relação à vigilância dos acidentes e violências, a SES-RS iniciou, em 2001, a implantação dos Observatórios de Acidentes e Violências integrados ao Sistema de Informações da Saúde do Trabalhador – SIST/RS, utilizando o formulário intitulado Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violências - RINAV - e inaugurando o sistema de vigilância dos agravos decorrentes de causas externas.

Esse sistema é baseado em hospitais-sentinela regionais, com serviços de urgência e emergência disponíveis pelo SUS, em municípios de médio e grande porte, para monitorar indicadores, situações de risco e tipos de agravos decorrentes de acidentes e violência. Foram selecionados, inicialmente, 23 hospitais-sentinela, distribuídos em 15 municípios do estado (Portaria nº 040/2004).

Em 2006, respondendo às situações epidemiológicas recentes e cumprindo com os documentos legais que determinam a notificação das situações de violência, foi tornada compulsória e universal para todos os serviços de saúde a notificação das situações de violência com todas as faixas etárias do ciclo de vida, sob coordenação do Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do CEVS.

Atualmente (2008), o banco de dados é constituído por 151.490 notificações realizadas por 245 serviços de saúde, com a responsabilização dos serviços de vigilância das Secretarias Municipais de Saúde - SMS. A análise dos dados permite delinear melhor a situação do RS em relação às violências.

As notificações referentes ao ano de 2005 foram realizadas por 21 hospitais-sentinela para acidentes e violência. Em 2006 e 2007, o sistema passou a contar com 50 e 122 unidades de saúde, respectivamente, como fontes notificadoras das situações de violência, abrangendo 48 municípios de 15 Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS.

Com a inclusão de novas fontes de notificação, esperava-se tanto o aumento do número total de notificações como, dentre essas, uma maior expressão das situações de violência. Entretanto, o que se verificou foi a diminuição de notificações em 2006 (16.014) em relação ao ano de 2005 (29.315), assim como as de 2007 (13.799) (tabela 58).

Tabela 58 - Distribuição proporcional das notificações realizadas com o RINAV por tipo de ocorrência nos anos de 2005, 2006 e 2007, RS.

Tipo Ocorrência	2005	%	2006	%	2007	%
Acidente doméstico	9.001	30,7	4.833	30,2	4.694	34
Acidente de trabalho típico	4.921	16,8	2.558	16	1.891	13,7
Acidente de trânsito	4.708	16,1	3.010	18,8	2.506	18,2
Acidentes no Esporte e Lazer	3.246	11,1	1.433	9	814	5,9
Acidente na Escola	934	3,2	443	2,8	268	1,9
Acidente de trabalho de trajeto	438	1,5	209	1,3	144	1
Violência física	3.264	11,1	1.787	11,2	1.738	12,6
Auto-agressão	293	1	121	0,8	185	1,3
Violência sexual	84	0,3	62	0,4	164	1,2
Suspeita de maus tratos	74	0,3	69	0,4	177	1,3
Negligência/Abandono	-	0	38	0,2	315	2,3
Violência psicológica	-	0	3	0	34	0,2
Outros	2.352	8	1.448	9	869	6,3
Total	29.315	100	16.014	100	13.799	100

Fonte: RINAV/SIST/SES-RS, 2008

Vários fatores influenciaram na diminuição das notificações feitas pelos hospitais-sentinela, para acidentes e violência; entre eles, dificuldades na atualização da digitação das notificações, acarretando a não-inserção no banco de dados dos RINAVs preenchidos.

As notificações realizadas pelos hospitais-sentinela para acidentes e violência - OAV apresentam maior concentração na violência física e na autoagressão, enquanto as realizadas

pelos demais serviços de saúde, em que estão incluídas as Unidades Básicas de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família, Pronto-Atendimentos e demais hospitais (DUS), estão concentradas na violência psicológica e na negligência/abandono. Estes tipos de violência requerem maior conhecimento, pelos profissionais de saúde, do contexto em que elas ocorrem, assim como maior interação e confiança das pessoas envolvidas com os profissionais. A maior aproximação entre a violência notificada pelos OAV e as DUS está nas situações de suspeita de maus-tratos quando os sinais indicam alerta, mas não há posicionamento conclusivo ou declaração expressa da violência (tabela 59).

Tabela 59 - Distribuição das notificações de violência, RINAV, Hospitais Observatório de Acidentes e Violência (HOAV) e demais unidades de saúde (DUS), RS, 2005, 2006 e 2007.

Tipos de violência	2005						2006						2007					
	HOAV	%	DUS	%	T	%	HOAV	%	DUS	%	T	%	HOAV	%	DUS	%	T	%
Viol. física	3264	100	0	0	3264	88	762	97	27	3,4	789	76	1401	81	337	19	1738	67
Autoagressão	293	100	0	0	293	7,9	121	100	0	0	121	12	149	81	36	20	185	7,1
Viol. Sexual	83	100	0	0	83	2,2	46	74	16	26	62	6	81	49	83	51	164	6,3
Suspeita maus-tratos	74	100	0	0	74	2	9	31	20	69	29	2,8	85	48	92	52	177	6,8
Viol. psicológica	-	0	-	0	-	0	2	67	1	33	3	0,3	2	5,9	32	94	34	1,3
Negligência/ abandono	-	0	-	0	-	0	11	29	27	71	38	3,6	101	32	214	68	315	12
Total	3714	100	0	0	3714	100	951	91	91	8,7	1042	100	1819	70	794	30	2613	100

Fonte: RINAV/SIST/SES-RS, 2008

Mesmo sendo significativo o peso das notificações realizadas pelos hospitais-sentinela, a participação dos demais serviços de saúde trouxe aumento na proporção de notificações com o sexo feminino (tabela 60) em relação aos anos anteriores e mudanças na distribuição dos tipos de violência (tabelas 61 e 62).

Tabela 60 - Distribuição proporcional das notificações de violência, RINAV, por sexo, RS, 2005, 2006 e 2007.

Sexo	2005	%	2006	%	2007	%
Feminino	9.397	32,1	5.101	31,9	4.714	34,2
Masculino	19.918	67,9	10.900	68,1	9.075	65,8
Total	29.315	100	16.001	100	13.789	100

Fonte: RINAV/SIST/SES-RS, 2008

Tabela 61 – Distribuição proporcional das notificações de violência, sexo feminino, por tipo de violência, RINAV, RS, de 2005, 2006 e 2007.

Tipo de Violência	2005		2006		2007	
	T	%	T	%	T	%
Violência física	911	78,1	558	76,4	654	56,8
Auto agressão	146	12,5	52	7	83	7,2
Violência sexual	72	6,2	51	7	139	12,1
Suspeita de maus tratos	37	3,2	44	6	95	8,3
Negligência/Abandono	-	0	24	3,3	157	13,6
Violência psicológica	-	0	1	0,1	23	2
Total	1.166	100	730	100	1.151	100

Fonte: RINAV/SIST/SES-RS, 2008

Tabela 62 - Distribuição proporcional das notificações com o sexo masculino conforme o tipo de violência realizadas com o RINAV nos anos de 2005, 2006 e 2007.

Tipo de Violência	2005		2006		2007	
	T	%	T	%	T	%
Violência física	2.353	92,3	1.229	91	1.083	75
Auto agressão	147	5,8	69	5,1	102	7
Violência sexual	12	0,5	11	0,8	23	2
Suspeita de maus tratos	37	1,5	22	1,9	80	6
Negligência/Abandono	-	0	14	1	156	11
Violência psicológica	-	0	2	0,1	8	1
Total	2.549	100	1.350	100	1.452	100

Fonte: RINAV/SIST/SES-RS, 2008

Embora a violência física siga prevalecendo, observa-se que, no ano de 2007, há maior distribuição das notificações entre os tipos de violência para ambos os sexos, aumentando especialmente aquelas nas quais a relação entre autor e vítima é de maior proximidade, como nas situações de suspeita de maus-tratos, negligência/abandono e violência psicológica. As faixas etárias que estão mais expostas a estes tipos de violência são as que atingem especialmente crianças e idosos (tabela 63).

Tabela 63 - Distribuição proporcional das notificações de violência, por faixa etária, RINAV, RS, 2005, 2006 e 2007.

Faixa Etária	2005		2006		2007	
	T	%	T	%	T	%
< 1 ANO	34	0,9	37	1,8	97	3,7
01-04	42	1,1	41	2	212	8,1
05-09	48	1,3	69	3,3	169	6,5
10-14	143	3,8	83	4	172	6,6
15-19	646	17,4	333	16,1	347	13,3
20-29	1.243	33,5	639	30,9	643	24,7
30-39	687	18,5	357	17,3	407	15,6
40-49	506	13,6	281	13,6	276	10,6
50-59	228	6,1	141	6,8	123	4,7
60-69	84	2,3	48	2,3	71	2,7
70 e mais	54	1,5	38	1,8	86	3,3
Total	3.715	100	2.067	100	2.603	100

Fonte: RINAV/SIST/SES-RS, 2008

Com relação ao local da violência, se considerados todos os tipos de violência, o local predominante variará de acordo com o sexo. Para a mulher, o domicílio é o local mais violento, com 61% das notificações (24% para os homens). Para o homem, a via pública é o local onde a violência é maior, com 50% das ocorrências (25% para a mulher).

Especificamente com relação às agressões físicas, 56% delas ocorrem no domicílio quando são contra as mulheres, 30% na via pública e 18% em demais áreas públicas. Para os homens, a situação se inverte: 56% das agressões físicas ocorrem na via pública, 21% em outros espaços públicos e 18% no domicílio.

Com a inclusão dos demais serviços de saúde como fontes notificadoras, observam-se mudanças na distribuição proporcional das notificações de violência, especialmente nas faixas etárias menor de 14 anos e maior de 60 anos.

Os dados apresentados são preliminares, referentes à etapa inicial de um processo amplo e complexo de implantação da notificação universal das situações de violência atendidas em todas as unidades de saúde do Sistema Único de Saúde do estado. O número de notificações realizadas não é expressivo, quantitativamente, em relação à dimensão do problema, assim como também não é significativo o número de fontes notificadoras em relação ao número de unidades de saúde do estado. No entanto, os dados existentes

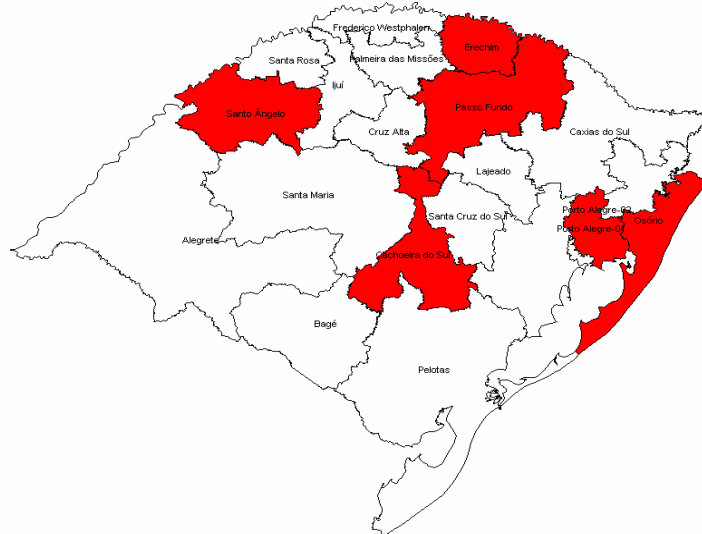
apontam a importância da inclusão de todas as unidades de saúde como fontes notificadoras e de atendimento às pessoas envolvidas em situações de violência.

Com relação aos homicídios, observa-se que o coeficiente de mortalidade por esta causa no estado, de 1980 a 2005, apresentou um aumento de 2,29 vezes, passando de 8,14 para 18,64 por 100.000 habitantes, seguindo a tendência de aumento observado no país.

O estado ocupa a 20ª posição, e Porto Alegre, que segue a mesma tendência de aumento, ocupa a 12ª posição no país. Conforme estudos da SES-RS, a tendência de aumento do Rio Grande do Sul é fraca, havendo somente dois estados brasileiros com tendência de aumento inferior (Acre e Rio Grande do Norte).

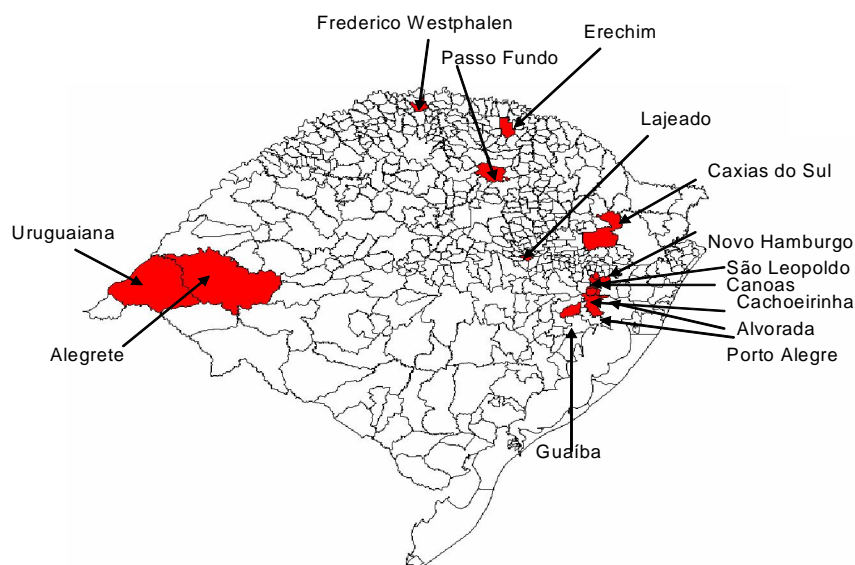
Os coeficientes de mortalidade por homicídios por CRS e por municípios são apresentados abaixo, observando para os últimos, concomitantemente, número de casos e maior coeficiente. Os dados são apresentados nos mapas a seguir e apontam os locais de intervenção prioritária para as políticas públicas.

Figura 19 – Coordenadorias Regionais de Saúde com aumento no coeficiente de mortalidade por homicídios, RS, 2007 em relação a 2005.



Fonte: NASS/CEVS/SES-RS

Figura 20 – Municípios com maior número total de mortes e com o mais alto coeficiente de mortalidade por homicídios, RS, 2001-2005.



Fonte: NASS/CEVS/SES-RS

3.2.1 Programa de Prevenção da Violência - PPV

As ações de promoção e prevenção da violência propõem a articulação e integração de programas e ações, alinhando em sua metodologia um trabalho preventivo, intra e intersetorial, organizado de forma horizontal, com vistas à composição de uma rede social de serviços nos 50 municípios com os maiores índices de mortalidade por causas externas. O projeto é desenvolvido através de parcerias com organizações governamentais e não-governamentais integrantes do Comitê Estadual para a Prevenção da Violência, estabelecendo uma efetiva articulação com os comitês municipais, integrando ações de prevenção e promoção da vida a serem desenvolvidas junto às comunidades com maior vulnerabilidade social a partir de um diagnóstico e plano de ação construído pela comunidade local.

Este projeto teve como marco inicial a publicação dos decretos nº 44.907 e 44.908, ambos de 27 de fevereiro de 2007, que, respectivamente, cria a Câmara Setorial de Segurança e Prevenção da Violência e institui o Comitê Estadual para a Prevenção da Violência no Estado do Rio Grande do Sul, coordenado pela Secretaria da Saúde do Estado em parceria com a UNESCO através de um Termo Cooperativo/PRODOC. Assim, objetiva

valorizar e ampliar a cooperação do setor saúde com outras áreas de governo, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e o desenvolvimento de iniciativas que signifiquem a redução de situações de desigualdade.

Os municípios foram incluídos no projeto devido às ocorrências de violência por causas externas (homicídios, suicídios, acidentes de trânsito), segundo levantamento de dados e mapeamento feito por órgãos oficiais até 2007. Durante o ano de 2007, o projeto ocupou-se da criação de metodologia para delinear a estratégia e fundamentá-la teoricamente, o que acarretou a implantação de projetos-piloto em cinco municípios: Santa Cruz do Sul, Pelotas, Passo Fundo, Alvorada e Novo Hamburgo.

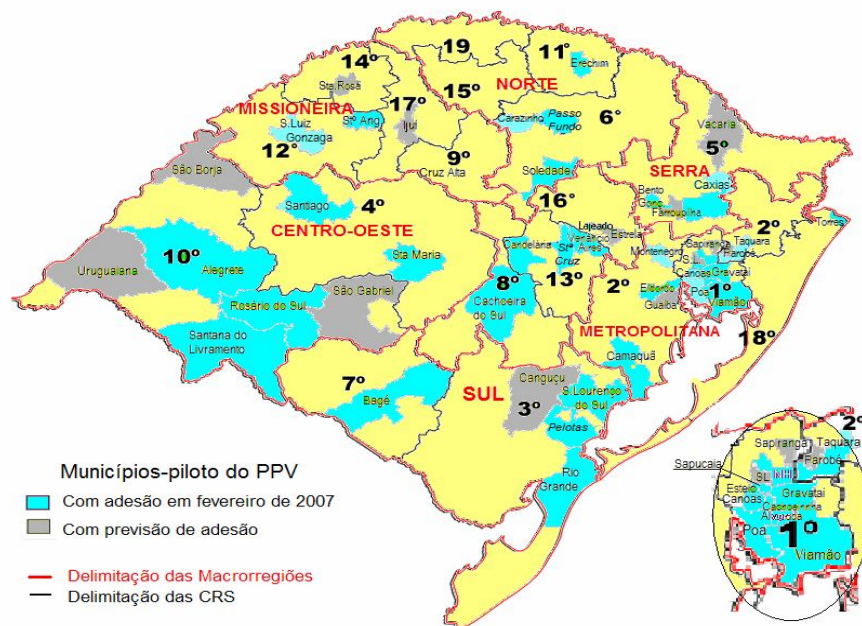
A partir disso, as ações realizadas pelo projeto incluíram cooperação técnica com os municípios e organizações não governamentais para diagnosticarem a situação atual com relação às violências, incentivo às equipes de saúde da família para desenvolverem ações de prevenção da violência, ampliação do número de visitantes do programa Primeira Infância Melhor, fortalecimento e ampliação da rede de CAPS e potencialização das notificações compulsórias. Para isso, além de incentivos financeiros, o projeto desenvolve estratégias de qualificação em ações de promoção de saúde para estimular os trabalhadores e a comunidade a construir redes de prevenção da violência, valorizando o uso dos espaços públicos de convivência, estimulando alternativas inovadoras e socialmente inclusivas, que visem a corresponsabilização de sujeitos e comunidades.

O enfrentamento da epidemia de crack também constitui importante interface do programa, juntamente com a saúde mental, visto que a questão do crack tem sido um dos grandes desafios para o SUS, em especial para o Rio Grande do Sul. Neste sentido, contempla a articulação com as demais políticas públicas e redes sociais.

Foram criados incentivos financeiros para a ampliação de leitos em álcool e drogas em hospitais gerais com ênfase na desintoxicação do crack, juntamente com a efetivação de contratos de comunidades terapêuticas para dar seguimento ao tratamento desses usuários. Neste sentido, o PPV tem buscado articular o fluxo de referências e contrarreferências, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde, mediante a criação de projetos terapêuticos individuais.

Na figura 21, apresentam-se os municípios onde o PPV desenvolve atividades.

Figura 21 – Municípios com PPV implantado, RS, 2008.



Fonte: PPV/SES-RS

3.3 Política de Saúde Mental

Atualmente, mais de 90% dos municípios desenvolvem ações em saúde mental, configurando uma rede de atenção integral à saúde mental formada por 109 equipes e ou ambulatórios de saúde mental, 146 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, dos quais 115 são cadastrados no Ministério da Saúde, 818 leitos psiquiátricos em hospitais gerais, 810 leitos em hospitais psiquiátricos, 562 leitos para álcool e outras drogas, Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT - em 5 municípios, além das ações ligadas à Atenção Básica. Existem 189 beneficiários incluídos no Programa de Volta para Casa.

Tabela 64 - Número de serviços/municípios, por tipo de serviço/ações-RS-2008.

Tipo de Serviços/Ações	Número Serviços/Municípios
Equipes/Ambulatórios	109
CAPS	146
Leitos em Hospital Geral	818
Leitos em Hospital Psiquiátrico	810
Leitos para álcool e drogas	562
SRT	5 municípios
Programa de Volta para Casa	189 beneficiários

Fonte: SSMN/DAS/SES-RS; DAHA/SES-RS, 2008

Os leitos em hospitais gerais estão distribuídos em 172 hospitais nas diferentes regiões do estado, compreendendo todas as CRS. Os leitos em hospitais psiquiátricos estão concentrados em 6 hospitais, localizados em 5 municípios: Porto Alegre, Caxias do Sul, Pelotas, Rio Grande e Passo Fundo.

A Política de Atenção para Álcool e outras Drogas preconiza os CAPS AD como principal estratégia de tratamento para os usuários de álcool e outras drogas e, em caso de necessidade de internação, o atendimento deverá ser realizado em hospital geral.

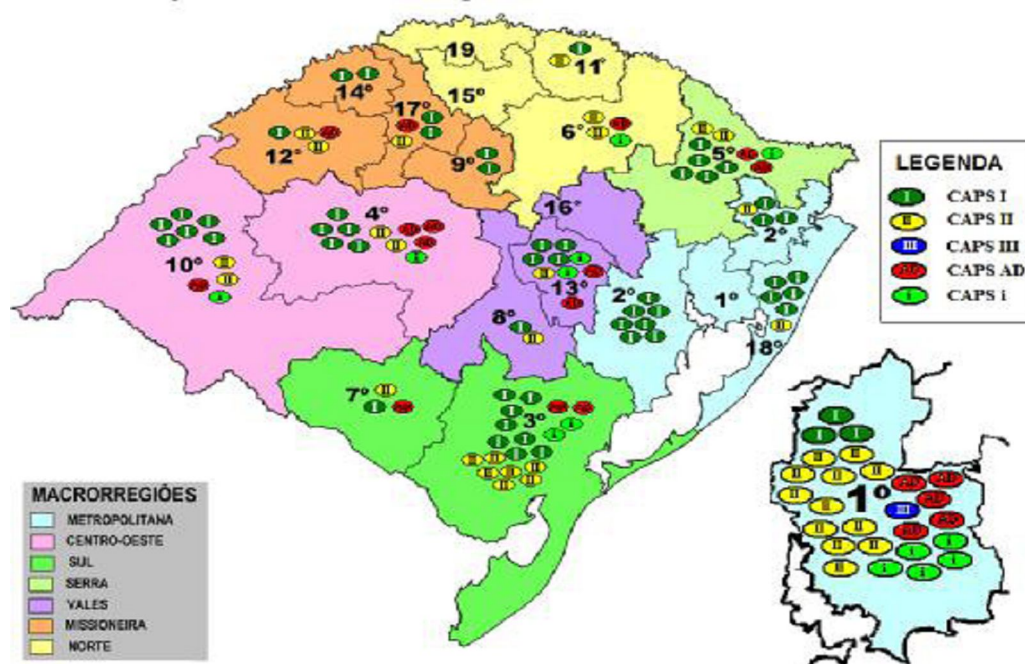
O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS - é um serviço de fundamental importância por ser um dispositivo de atenção diária para atendimento das pessoas com transtornos mentais. São classificados em 05 tipos: I, II, III, IIAD, III, conforme Portaria MS 336/2002. Os CAPS no estado do Rio Grande do Sul estão distribuídos em 87 municípios em 18 CRS, conforme quadro abaixo:

Tabela 65 - Distribuição de CAPS por Tipo e CRS -2008.

CRS	CAPS I	CAPS II	CAPSIII	CAPSIIad	TOTAL
1	3	11	4	4	22
2	9	1	0	0	10
3	7	7	1	2	17
4	5	1	1	3	10
5	5	1	1	2	9
6	0	2	1	0	3
7	1	1	0	1	3
8	1	1	0	0	2
9	1	0	0	0	1
10	5	2	1	0	8
11	1	1	0	0	2
12	1	2	0	1	4
13	4	1	2	1	8
14	2	0	0	0	2
15	0	0	0	0	0
16	3	0	0	0	3
17	2	1	0	1	4
18	5	1	0	0	6
19	1	0	0	0	1
TOTAL	56	33	11	15	115

Fonte: SSMN/DAS/SES-RS, 2008

Figura 22 – Localização dos CAPS nas CRS, RS, 2007.



Fonte: SSMN/DAS/SES-RS

Os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT - são dispositivos estratégicos de moradia e reabilitação psicossocial para pessoas que estiveram internadas por longa tempo em hospitais psiquiátricos ou usuários de outros serviços de saúde mental que não possuem suporte familiar e/ou comunitário suficientes para garantir habitação. Os SRTs estão localizados nos municípios de Porto Alegre, Viamão, Alegrete, Bagé e Caxias do Sul (tabela 66).

Tabela 66 – Serviços Residenciais Terapêuticos de Gestão Municipal, RS, 2008.

Cidade	Nº de Residências
Porto Alegre	3
Alegrete	1
Caxias do Sul	2
Bagé	1

Fonte: SSMN/DAS/SES-RS, 2008

Tabela 67 - Serviços Residenciais Terapêuticos de Gestão Estadual, RS, 2008.

Cidade	Nº de Residências
Porto Alegre	27
Viamão	4

Fonte: SSMN/DAS/SES-RS, 2008

Outro dispositivo importante no processo de desinstitucionalização é o Programa de Volta para Casa - PVC, bolsa-auxílio do governo federal para pessoas portadoras de sofrimento psíquico e histórico de longa internação psiquiátrica. Em dezembro de 2008, 189 pessoas estavam inseridas no programa, distribuídas em 15 municípios do estado do RS.

A Saúde Mental na Atenção Básica é um importante desafio para o Estado, pois se configura como principal recurso terapêutico aos 79% dos municípios que possuem população inferior a 20.000 habitantes, sendo necessária a interlocução com a rede regionalizada de serviços.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2003), estima-se que 3% da população sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, 11% com transtornos mentais graves em decorrência do uso de substâncias psicoativas e 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental no decorrer da vida.

Considerando as estimativas acima, a Política de Saúde Mental tem o propósito de fortalecer e avançar na implementação da Reforma Psiquiátrica no Estado através da substituição gradual dos leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços de atenção integral à Saúde Mental.

Entende-se Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, conforme a II Conferência Nacional de Saúde Mental – 1992, como “um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada de várias dimensões da vida do indivíduo em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção: educativo, assistencial e reabilitação.” Contempla a descentralização e hierarquização, com referência e contrarreferência em todo o sistema de saúde, desde a atenção básica até a internação hospitalar. Contempla, ainda, a articulação com as demais políticas públicas e redes sociais. A rede constitui-se, fundamentalmente, pelo atendimento básico, sendo que os serviços de maior complexidade devem estar organizados para dar apoio e aumentar a resolutividade das unidades de saúde.

Serviços Próprios: Hospital Psiquiátrico São Pedro

O Hospital Psiquiátrico São Pedro - HPSP - é referência para a 1ª, 2ª e 18ª CRS, compreendendo 88 municípios e uma população de aproximadamente 4.600.000 habitantes, o equivalente a quase metade da população do estado do Rio Grande do Sul.

Foram atendidos, em 2008, no serviço de emergência, 4.942 pacientes, com maior prevalência dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência (16,59%) e dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína – síndrome de dependência (16,40%). Em terceiro lugar, está o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar (8,18%) e, em quarto, o diagnóstico de esquizofrenia (7,33%).

Tabela 68 – Distribuição do total de atendimentos, por sexo e tipo de encaminhamento HPS, RS, 2008.

TIPO DE ATENDIMENTO	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Atendimento de emergência que gerou internação no HPSP	1.168	37,14	517	28,78	1.685	34,09
Atendimento de emergência que não gerou internação no HPSP	1.977	62,86	1.280	71,22	3.257	65,91
Total de atendimentos	3.145	63,64	1.797	36,36	4.942	100

Fonte: DCHE/SES-RS

Observa-se que, do total de atendimentos realizados pelo SAT/HPSP, 34,09% foram internados nas unidades do HPSP, sendo que 65,91% receberam apenas o atendimento de emergência e orientação para buscarem atendimento na rede e/ou encaminhamento para internação em outros hospitais. Do total de pacientes que buscaram atendimento de emergência no HPSP, 36,36% eram do sexo feminino e 63,64% do sexo masculino.

Dos 88 municípios para os quais o HPSP é referência, 10 utilizaram 59,35% da capacidade instalada do hospital (Viamão, Alvorada, Gravataí, Canoas, Cachoeirinha, Tramandaí, Porto Alegre, Eldorado do Sul, Guaíba, Charqueadas), sendo que 19,4% dos pacientes internados são provenientes do município de Viamão e 9,9% do município de Alvorada, ou seja, cerca de 30% dos pacientes que buscam atendimento no HPSP são oriundos dessas localidades.

O tempo médio de permanência dos pacientes nas unidades de internação do HPSP no ano de 2008 variou de número mínimo de 17 dias na Unidade de Dependência Química, ao máximo de 45 dias na Unidade Masculina de pacientes psicóticos.

A taxa de reinternação, no ano de 2008, foi de 43%. Já a taxa de ocupação dos leitos, em 2008, foi de 117%, acima da capacidade instalada no hospital.

O censo realizado no dia 31 de dezembro de 2007 indicava a existência de 360 moradores na área do hospital. Esse número decresceu para 336 no final do ano de 2008. A grande maioria desses pacientes não possui mais vínculos familiares e tem um histórico de muitos anos de internação.

O Ambulatório de Saúde Mental Melanie Klein do HPSP é referência na atenção especializada em saúde mental para a região da Lomba do Pinheiro e para o bairro Partenon. Em 2007/08 realizou, em média, 12 500 atendimentos.

Hospital Colônia Itapuã

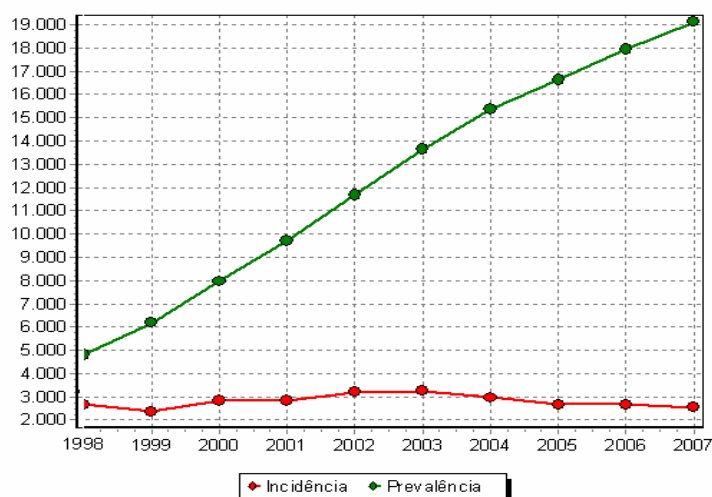
O Hospital Colônia Itapuã - HCI - foi criado nos anos 40, com estrutura de uma pequena cidade, para abrigar pacientes portadores de hanseníase. Na década de 50, cerca de 600 pacientes residiam no hospital. Atualmente, existem no HCI 70 pacientes portadores de transtorno mental e 41 ex-hansenianos que residem em pavilhões e casas. Conta com um quadro de 151 servidores e 87 funcionários de empresas terceirizadas para assistência e prestação de serviços ao hospital. O HCI, seguindo as diretrizes do DCH/SES-RS, tem buscado empreender ações focadas na mudança do modelo assistencial do hospital, na humanização do atendimento e na qualificação da gestão.

A Divisão de Atenção a Usuários Moradores - DAUM - foi criada para atender a Área Asilar do Hospital São Pedro e do Hospital Colônia Itapuã. Estruturada com uma equipe diretiva única com o objetivo de cuidar de toda a população institucionalizada da SES, a DAUM buscou articular todos os serviços, promover a integração entre servidores e moradores e otimizar o uso dos recursos. Trouxe a visão do todo e possibilitou a promoção de uma melhor qualidade de vida para os usuários-moradores e maior integração e qualidade de vida no trabalho para servidores e terceiros.

3.4 Política de Prevenção e Controle do HIV/AIDS

No Rio Grande do Sul, assim como no Brasil, existe uma tendência de estabilização da incidência anual de casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS. Entretanto, esse patamar de estabilização continua bastante elevado. Ao analisarmos os dados de 1998 a 2007 (gráfico 42) a prevalência mostra tendência de crescimento, considerando que o número de óbitos entre os casos de AIDS (taxa de letalidade) teve uma queda acentuada.

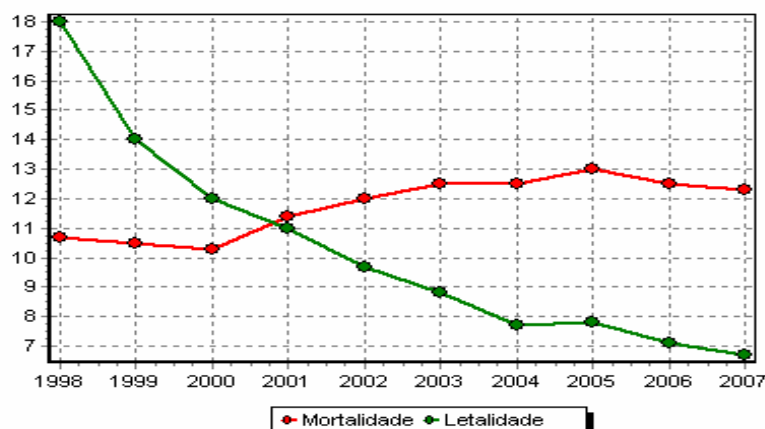
Gráfico 42 – Número de casos de AIDS notificados à SES-RS, 1998-2007.



Fonte: SINAN/Tabwin

A diminuição da letalidade que vem ocorrendo claramente nos últimos 5 anos faz com que aumente a prevalência dos casos. Além disso, aponta também para melhor efetividade nos tratamentos.

Gráfico 43 – Número de óbitos por AIDS notificados à SES, RS, 1998-2007.

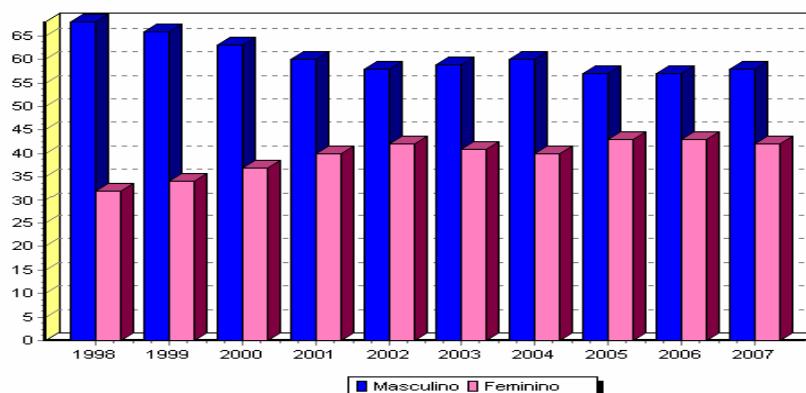


Fonte: SINAN/Tabwin

Neste período, percebe-se também uma tendência de aumento da transmissão heterossexual entre os homens. Este aumento reflete, provavelmente, a tendência (observada subjetivamente) de “migração” dos usuários de drogas injetáveis (UDI) para outras drogas – principalmente o crack.

Atualmente, pode-se dizer que as drogas, tanto as injetáveis quanto as outras – inclusive e, principalmente, o álcool – estão associadas (indiretamente) à transmissão sexual do HIV/AIDS na maioria das vezes, pois a pessoa alcoolizada ou sob efeito de outras drogas tem menos condições de se prevenir sexualmente, como, por exemplo, fazer uso do preservativo.

Gráfico 44 – Casos de AIDS notificados à SES, distribuição por sexo, RS, 1998-2007.

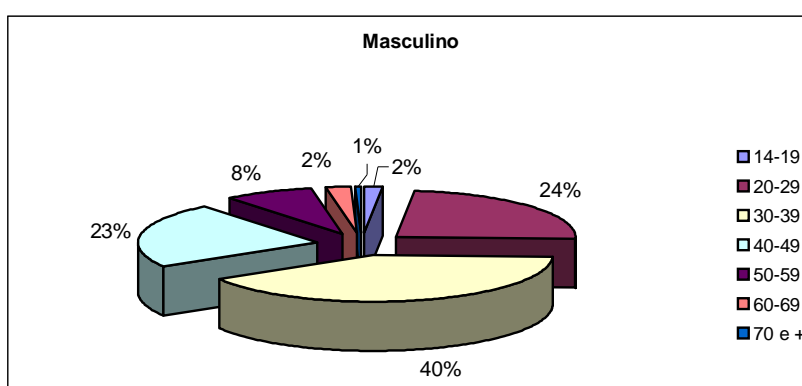


Fonte: SINAN/Tabwin

Analisando o gráfico acima, o dado que mais chama a atenção é a distribuição proporcional dos casos nas faixas etárias para o sexo masculino e feminino. Há tendência de estabilização da distribuição proporcional – em torno de 43% de casos femininos e 57% de casos masculinos nos últimos 02 anos.

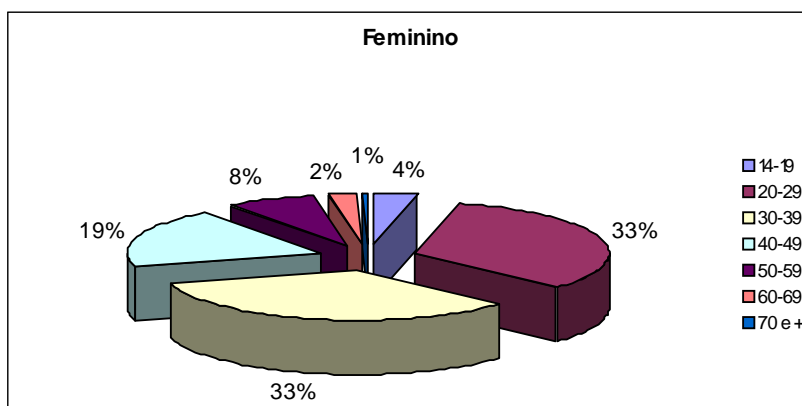
Entretanto, estratificando por faixa etária, verificamos diferença na proporção de casos para os homens e mulheres com AIDS, como se pode observar no gráfico abaixo.

Gráfico 45 - Notificação dos casos de AIDS por faixa etária no sexo masculino, RS, 1998-2007.



Fonte: DAS/SES-RS

Gráfico 46 - Notificação dos casos de AIDS por faixa etária no sexo feminino, RS, 1998-2007.



Fonte: DAS/SES-RS

Os dados nos mostram que, no Rio Grande do Sul, entre os adolescentes e adultos jovens (14-29 anos de idade), a proporção de mulheres infectadas é muito maior que a dos

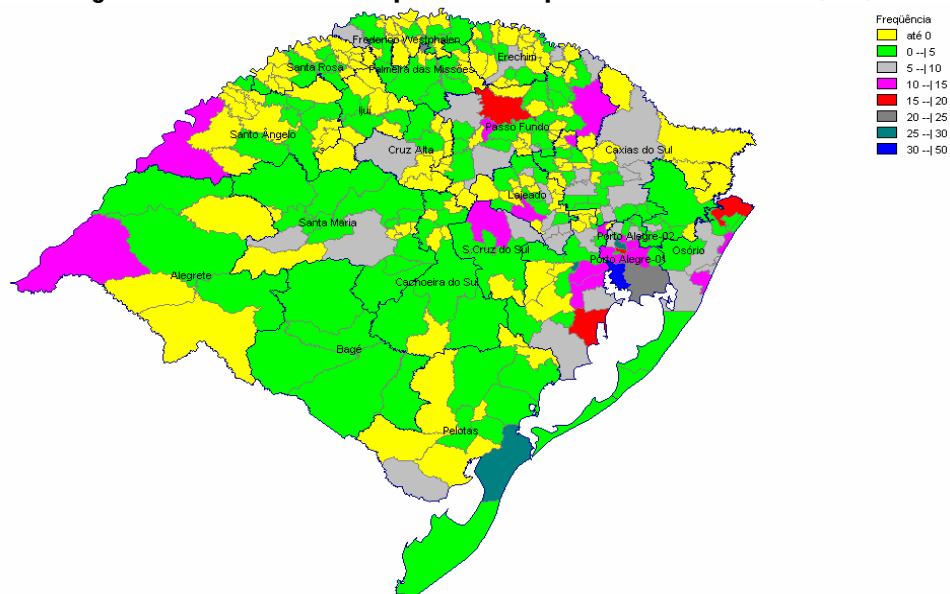
homens. Entretanto, considerando a faixa etária de 30 a 50 anos, a situação se inverte, ou seja, os homens apresentam maior percentual de infecção por HIV. A partir dos 50 anos, vemos que a distribuição é semelhante nos dois sexos.

Importante ressaltar que o número elevado de novos casos/ano aponta para a melhor qualidade da vigilância epidemiológica no estado e também para o fato de o subtipo do HIV encontrado no RS ser do tipo mais agressivo. Segundo estudos epidemiológicos, ele se espalha mais, sua transmissão é maior e tem predominância sobre os outros subtipos. Além disso, há a hipótese de que ele responderia menos aos medicamentos por ser mais agressivo.

No que se refere aos casos de AIDS em crianças, verifica-se tendência importante de diminuição da incidência a partir do ano 2000, especialmente entre as menores de 5 anos. A diminuição dos casos, provavelmente, deve-se à prevenção da transmissão vertical, responsável por mais de 90% dos casos em crianças.

A seguir, apresentamos o mapa do coeficiente de prevalência por 10.000 habitantes no RS (figura 23). Os dados mostram que 50% dos casos são notificados em Porto Alegre, 75% na região metropolitana e os outros 25% em outras regiões do Estado.

Figura 23 - Coeficiente de prevalência por 10.000 habitantes, RS, 2008.



Fonte: SINAN/Tabwin

Transmissão vertical do HIV no Rio Grande do Sul

A transmissão vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê na gestação, o trabalho de parto, no parto propriamente dito (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou na amamentação, sendo que aproximadamente 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% ocorre no parto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação - entre 7% e 22%, por exposição (mamada). Estima-se que a infecção pelo HIV em gestantes tenha prevalência entre 0,41% e 0,9%.

Até 2006, a partir das notificações de gestantes HIV+, as investigações e os acompanhamentos necessários para conhecer o segmento até o encerramento do caso - considerado como tal, após o diagnóstico (final) confirmado, deveriam ser feitos, no máximo, 18 meses após o parto.

Infelizmente, esses dados eram bastante precários e mesmo com todos os esforços para conhecer o resultado ao final do acompanhamento das crianças expostas, desconhecíamos o desfecho final em cerca de 50% delas. Diante disso, a possibilidade de fazer análises e inferências sobre esses dados tornou-se bastante difícil. Desta forma, o Programa Nacional de DST/AIDS decidiu retirar da ficha de notificação os dados referentes à criança exposta. Com isso, perdeu-se a possibilidade de avaliar não só alguns indicadores epidemiológicos, como os indicadores operacionais sobre o segmento do caso.

Os dados específicos sobre exposição à transmissão vertical da infecção começaram a ser sistematizados a partir de 1997. Desde então, até 2007, foram notificados à SES 8.301 casos de gestantes HIV+ e, conseqüentemente, de crianças expostas à transmissão vertical. Importante ressaltar a necessidade de qualificar a coleta de dados para dar confiabilidade às análises e, principalmente, poder definir estratégias de prevenção adequadas.

Atualmente, estão cadastradas no estado 200 maternidades para receber os insumos para a prevenção da transmissão vertical do HIV (teste rápido, AZT injetável, AZT xarope, fórmula láctea infantil e bloqueador de lactação). Cerca de 80% dos nascimentos estão cobertos com a estratégia de intervenção intra-hospitalar da prevenção da transmissão vertical do HIV. Entretanto, mesmo dispondo de todos os insumos, algumas dificuldades são apresentadas:

- as gestantes chegam tardiamente aos serviços;

- a confirmação do teste anti-HIV na gestação (teste confirmatório) leva muito tempo para ser realizado (em alguns locais);
- a gestante de algum grupo específico, como a usuária de drogas, por exemplo, tem dificuldade de aderir à terapêutica;
- o acompanhamento do recém-nascido exposto e fechamento do caso;
- a notificação da gestante HIV+ e recém-nascido HIV+;
- profissionais desatualizados.

Redução de Danos no RS

A Redução de Danos é uma estratégia da saúde pública que visa reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco. No caso específico do usuário de drogas injetáveis (UDI), objetiva reduzir os danos daqueles usuários que não podem, não querem ou não conseguem parar de usar drogas injetáveis e, portanto, compartilham a seringa e se expõem à infecção pelo HIV, hepatites e outras doenças de transmissão parenteral.

A Portaria nº. 1.028, de 04 de julho de 2005, do Ministério da Saúde preconiza estabelecer diretrizes que orientam a implantação das ações e, desta forma, subsidia municípios e estados na manutenção ou implantação de ações voltadas para usuários de drogas. No estado, vários municípios habilitados na política de incentivo com repasse de recursos fundo a fundo já incluíram ações de redução de danos em serviços em seus planos de ações e metas. Existem municípios com Programa de Redução de Danos (PRD), outros com PRD atuando junto com organizações da sociedade civil (OSC) e ainda projetos financiados para a sociedade civil.

No RS, existem em média 120 profissionais de redução de danos que são contratados, temporariamente, por organizações governamentais ou por organização da sociedade civil (pagamento de hora-aula), além de voluntários. Os únicos municípios que contratam redutores de danos através de concurso público são Santa Maria e Estrela.

Atualmente, estão em fase de implementação o banco de dados epidemiológicos nos PRD dos programas municipais e as ações de Redução de Danos em Serviços (Serviço de Assistência Especializada, Centro de Testagem e Aconselhamento, Saúde Mental e Atenção Básica).

Alguns dos aspectos positivos do PRD são a metodologia de intervenção como dispositivo efetivo para o acesso, vinculação e acolhimento de pessoas usuárias de drogas junto aos serviços de saúde, podendo ser ampliadas as estratégias e ações para além da troca de seringas. Outro aspecto positivo refere-se às capacitações, as quais são organizadas a partir da demanda dos usuários, PRD e serviços e à articulação com a rede (Saúde Mental, Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família, Assistência Social, conselhos).

Os Indicadores são medidos pelo aumento de acesso dos usuários de drogas aos serviços pela procura da testagem anti-HIV, pela demanda por tratamento da dependência e da AIDS, pela troca de seringas e pela relação entre seringas distribuídas e recolhidas.

Com relação aos aspectos negativos do Programa de Redução de Danos, pode-se citar: 1) recursos humanos: há dificuldade dos municípios manterem as equipes, devido a questionamentos sobre a legalidade da contratação de redutores de danos; 2) há, no estado, um baixo número de profissionais de redução de danos capacitadores, havendo demanda reprimida para capacitação de equipes e serviços; 3) as equipes têm dificuldade no registro e sistematização de dados, além da elaboração de indicadores para o monitoramento e avaliação; e 4) ausência de planejamento e metas nos programas e projetos.

Sistemas de Informação Utilizados pela Política de DST/AIDS

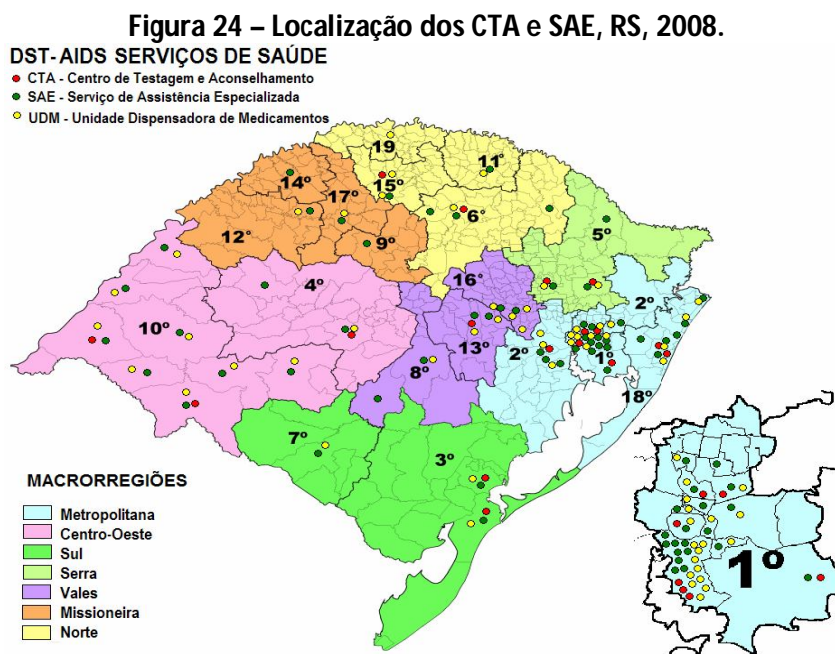
No RS são utilizados diversos sistemas de informação, entre eles: Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN -, Sistema de Controle Logístico de Medicamentos SICLOM, Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCEL, Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento SICTA, Sistema de Informação de Mortalidade SIM, Sistema de Informação de Nascimentos SINASC, Sistema para Monitoramento da Política de Incentivo - SISINCENTIVO, Sistema de Controle de Preservativos - PREVINI.

Além destes sistemas de informação, foi criado um banco de dados no EPIINFO com a finalidade de subsidiar informações sobre populações específicas, como usuários de drogas, vítimas de violência sexual e pessoas com DST.

No momento atual, busca-se o aprendizado no cruzamento de banco de dados através da utilização de ferramenta como o programa ReLink, que faz o relacionamento probabilístico de registros.

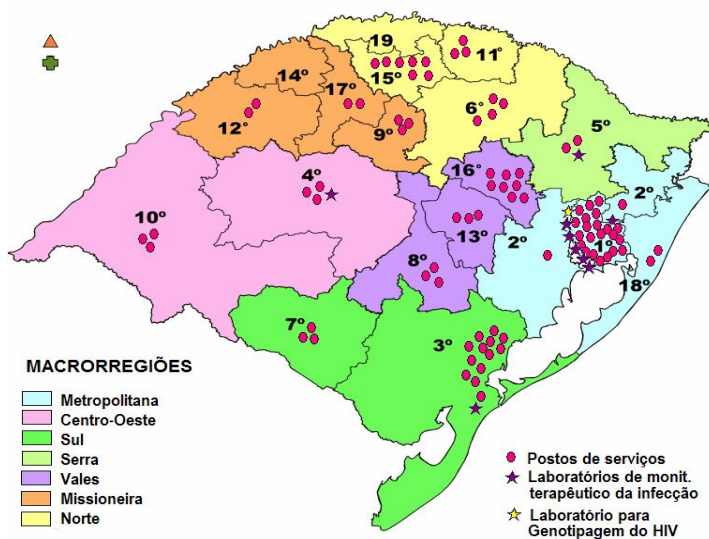
Rede assistencial em HIV/AIDS no Rio Grande do Sul

A rede assistencial em HIV/AIDS no estado é composta por Centros de Testagem e Acompanhamento – CTA, por Serviços de Assistência Especializada – SAE - e por postos de serviços (figuras 24 e 25).



Fonte: DAS/SES-RS

Figura 25 – Localização dos serviços de referência em HIV/AIDS, RS, 2008.



Fonte: DAS/SES-RS

Peculiaridades quanto ao financiamento da Política de DST/AIDS

Em dezembro de 2002, foi instituída a Política do Incentivo Financeiro através da Portaria Ministerial nº. 2313, de 19 de dezembro de 2002. É uma modalidade de financiamento pelos mecanismos regulares do SUS, com repasse automático do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde, constituída em virtude da necessidade e da importância da formulação e implementação de alternativas de sustentabilidade da Política Nacional de DST e AIDS, tendo em conta as características que a epidemia vem assumindo nos últimos anos no território nacional, bem como os avanços e o processo de desenvolvimento da Política Nacional de Saúde.

Esse mecanismo permite a pactuação de planos e metas entre os gestores do SUS, respeitando os diferentes graus de autonomia, capacidade de execução e das responsabilidades nos níveis de governo. Para isso, foram instituídos um instrumento de planejamento de programação anual - Plano de Ações e Metas - PAM, a ser apresentado pelo gestor de saúde e aprovado pelos conselhos de saúde locais, e um sistema de monitoramento, que acompanha o alcance das metas propostas, a execução financeira dos planos, o cumprimento das pactuações para aquisição de medicamentos para DST, infecções oportunistas, preservativos (contrapartida do estado e municípios) e a evolução de indicadores relacionados às ações de controle do HIV/AIDS e DST.

Atualmente, estão qualificados para recebimento desse incentivo, no RS, a Secretaria de Saúde do Estado e mais 39 municípios (Alegrete, Alvorada, Bagé, Bento Gonçalves, Cachoeira do Sul, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Carazinho, Caxias do Sul, Charqueadas, Cruz Alta, Erechim, Estrela, Gravataí, Guaíba, Ijuí, Itaqui, Lajeado, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santana do Livramento, Santiago, Santo Ângelo, São Borja, São Gabriel, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Taquara, Torres, Tramandaí, Uruguaiana, Vacaria e Viamão).

A Portaria 2313, em seu item 1.4.5, coloca:

“1.4.5. compromisso em estabelecer, manter e fortalecer os mecanismos de participação da sociedade civil que atua na área de DST e AIDS, durante as etapas do processo de implantação do Incentivo, especialmente de planejamento, monitoramento e avaliação do Plano de Ações e Metas. A participação da sociedade civil que atua na área de DST e AIDS deverá ocorrer em articulação com os respectivos Conselhos de Saúde”.

O item a seguir obriga que 10% do total de recursos repassados à unidade federada sejam destinados para o desenvolvimento de projetos em parcerias das SES com organizações não governamentais e organizações da sociedade civil - OSC; os projetos deverão estar direcionados às ações em HIV/AIDS e outras DST.

Vale salientar que as OSC são organizações autônomas e que o trabalho realizado em conjunto é um processo construído por consensos, como a busca de melhores respostas à epidemia, a ampliação do acesso à saúde para a população, especialmente as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

No atual momento, a SES, através do seu setor de Convênios, está promovendo convênios com as OSC na modalidade de projetos estratégicos. São projetos e/ou ações que visam responder a uma situação onde não haja nenhum tipo de intervenção por outra instituição ou aconteça uma situação de emergência que necessite de uma resposta imediata ou, ainda, em situações nas quais somente uma instituição possua capacidade de execução e que seja relevante. Incluem-se neste caso os apoios às instâncias de representação e participação, tais como fóruns e redes.

A SES-RS, até o ano de 2007, realizou os convênios com as ONGs através do Termo de Cooperação Técnica existente com a UNESCO, mas essa cooperação finalizou em junho de 2008.

3.5 Política de Saúde Bucal

Os dados levantados pelo Projeto do Ministério da Saúde – SB 2000 que avaliou as condições de saúde bucal na população brasileira, com amostra ampliada para a população do Rio Grande do Sul, são utilizado pela Seção de Saúde Bucal – SSB/SES-RS. Este projeto com bases científicas “SB/RS - Condições de Saúde Bucal na População do RS” teve início em 2001 com divulgação final dos resultados em outubro de 2003. A amostra pesquisada torna os dados representativos por macrorregião do estado e por porte populacional das cidades envolvidas.

Cárie Dentária

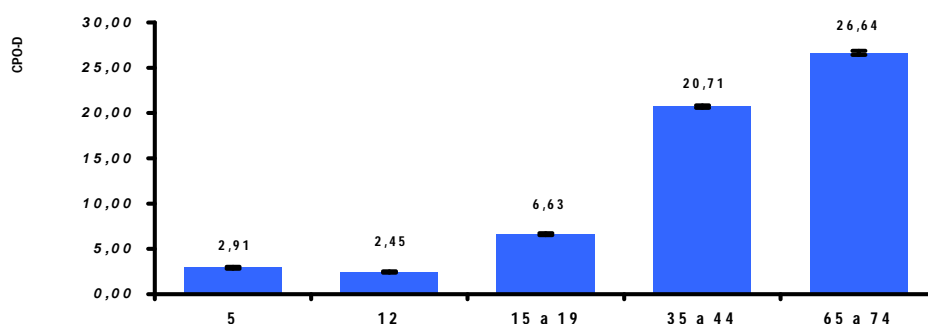
Foi observado que 72,72% dos bebês (18 a 36 meses) estão livres de cárie (CEOD=0) e que a média do índice Índice de Dentes Decíduos Cariados, Restaurados e com Extração Indicada - CEOD - nessa faixa etária foi de 1,18. Os dentes cariados representaram 93,70% da composição do índice. Aos 5 anos, 40,85% das crianças estão livres de cárie (CEOD=0), e o CEOD médio nesta idade corresponde a 2,91. Destes, 78,90% representam dentes cariados (componente c). No ano 2003, o estado do Rio Grande do Sul havia atingido a meta da Organização Mundial da Saúde - OMS para o ano 2000, que é de 50% de crianças livres de cárie nessa idade.

Para a idade de 12 anos, a meta da OMS é de CPOD médio menor ou igual a 3, atingida pelo Estado (CPOD=2,40). Segundo a classificação da OMS para essa idade, o dado encontrado representa uma prevalência “moderada” em relação à cárie dentária.

Entre os adolescentes, apenas 10,72% estão livres de cárie, e o valor médio do CPOD foi 6,60. Em 1988, o levantamento realizado pelo MS apontava para um CPOD médio de 12,7 entre adolescentes da Região Sul brasileira. Na comparação entre estes dados observa-se uma redução da ordem de 15,6% em 16 anos.

Nos grupos etários de 35-44 e 65-74 anos de idade, os valores médios do Índice de Dentes Permanentes Obturados, Perdidos e Cariados - CPOD - e sua composição foram semelhantes aos do estudo de 1988. No grupo de 35-44 anos observou-se CPOD=20,72 com 62,96% da composição representada por dentes perdidos e no grupo de 65-44 anos observou-se CPOD=26,65.

Gráfico 47 – CEOD médio e CPOD por idade, RS, 2003.



Fonte: SSB/DAS/SES-RS

Tabela 69 - Prevalência de cárie dentária e média de CEOD e CPOD por faixa etária, RS, 2003.

Idade	Nº Exames	Prevalência		Experiência de cárie	
		Sem cárie	Com cárie		
18 a 36 meses	3398	72,25%	27,75%	ceod	1,22
5 anos	4268	40,68%	59,32%	ceod	2,91
5 anos (dentição permanente)	4268	95,90%	4,10%	CPOD*	0,12
12 anos	4857	34,26%	65,74%	CPOD	2,45
15-19 anos	7620	10,67%	89,33%	CPOD	6,63
35 a 44 anos	10267	0,46%	99,54%	CPOD	20,71
65 a 74 anos	4242	1,16%	98,84%	CPOD	26,64

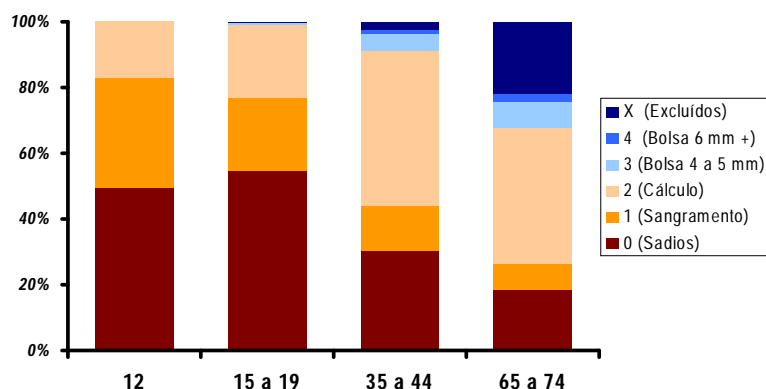
Fonte: SSB/DAS/SES-RS

Doença Periodontal

Na idade dos 12 anos, 33,08% das crianças apresentavam sangramento gengival e 16,99%, cálculo dental. Entre os adolescentes de 15-19 anos, foi observada uma prevalência de 22,08% com sangramento gengival e 22,05% com cálculo dental.

Ainda que 56,44% da população adulta apresentem sangramento e/ou cálculo dental, as taxas de ocorrência de bolsas rasas e profundas são baixas (4,77% e 1,08%, respectivamente). Entre os idosos, quando se avaliam os sextantes examinados, observa-se alta prevalência de sextantes excluídos (21%) e de não examinados (58,17%), o que representa uma ausência dos elementos dentários.

Gráfico 48 - Percentagem de pessoas examinadas, segundo o maior grau de condição periodontal observado no indivíduo segundo faixa etária, RS, 2003.



Fonte: SSB/DAS/SES-RS

Câncer Bucal

Segundo as estimativas do Instituto Nacional do Câncer - INCA - para 2008, o RS apresentou 1.050 casos novos de câncer bucal, sendo 820 em homens e 230 em mulheres. Estes números vêm se mantendo estáveis nos últimos anos, configurando o RS como o 5º estado do país com maior número de casos.

Atualmente, o estado conta com três Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON, sendo dois deles na 1ª CRS e um na 17ª CRS. Além disso, possui 23 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON, sendo 17 com presença de cirurgião de cabeça e pescoço.

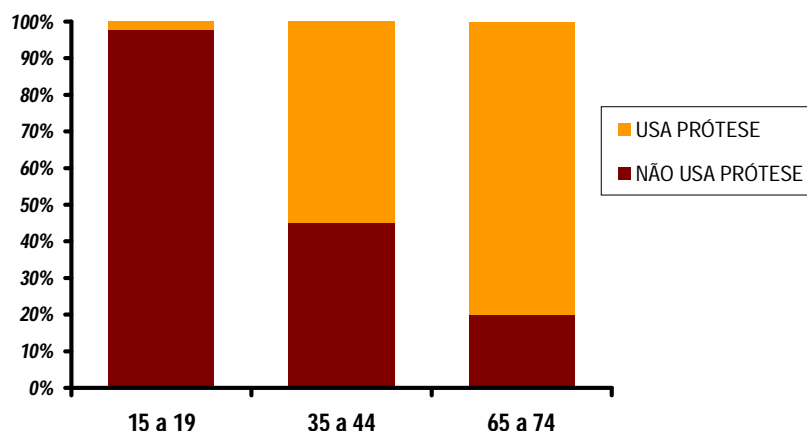
Em 2008, foram definidos o fluxo de encaminhamento e a rede de referência estadual para a atenção do paciente com câncer bucal e/ou lesão suspeita. A divulgação desta rede nas Unidades Básicas de Saúde facilitará o acesso dos pacientes que necessitam atendimento especializado e conseqüentemente, limitação dos danos.

Uso de Prótese

Em relação ao uso de prótese dentária, 54,95% dos adultos utilizam-na na arcada superior e 16,63%, na arcada inferior. Entre os idosos, 80,19% utilizam-na na arcada superior e 52,73%, na arcada inferior (gráfico 47). É importante ressaltar que o uso de próteses na

arcada inferior, especialmente entre idosos, representa uma preocupação com a reabilitação. Os dados representam também um aumento gradativo de perdas dentárias com a idade, indicando a necessidade de desenvolvimento de políticas de saúde que invertam esta lógica.

Gráfico 49 - Porcentagem de indivíduos segundo uso de prótese superior e idade, RS, 2003.

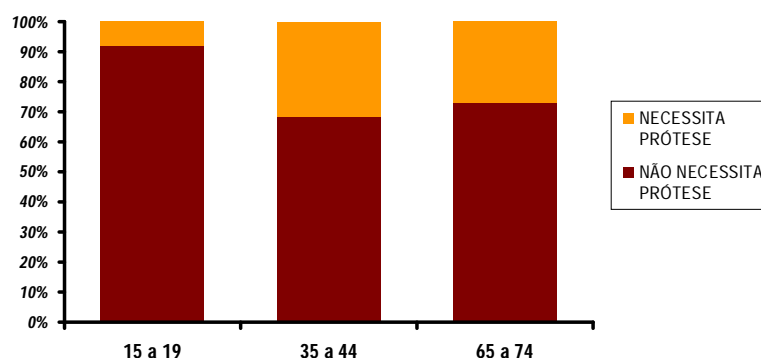


Fonte: SSB/DAS/SES-RS

Necessidade de Prótese

A avaliação do grau de edentulismo (ausência de dentes) na população acima de 15 anos expressa a progressão desta situação com a idade. Em relação à arcada superior, entre os jovens (15 a 19 anos), há 606 pessoas (8,06%) que necessitam de prótese, com predomínio de prótese fixa para substituição de um elemento dentário (49,01%); em adultos, a prevalência das necessidades (31,57%) se dá especialmente para substituição de mais de um elemento (38,81%). Em idosos, das 1.139 pessoas (27,04% dos examinados neste grupo), 616 necessitam de próteses totais (54,08%). Na avaliação da necessidade de próteses inferiores, observa-se uma grande prevalência de falta de reabilitação dos espaços protéticos identificados. Dos 21.960 indivíduos examinados, 10.389 pessoas necessitam próteses inferiores (47,31%). Os adultos apresentam a maior prevalência da necessidade (66,92%) especialmente para recuperar ausências de mais de um elemento dentário (próteses fixas, removíveis ou combinação de próteses).

Gráfico 50 - Porcentagem de indivíduos segundo necessidade de prótese superior e idade, RS, 2003.



Fonte: SSB/DAS/SES-RS

Acesso aos Serviços

Em relação ao acesso a serviços odontológicos, alguns aspectos merecem destaque. Quando perguntados se já haviam ido alguma vez na vida ao cirurgião-dentista - CD, não houve diferenças significativas entre os grupos etários: 96,73% dos entrevistados responderam positivamente. Destes, 66,35% dos jovens visitaram o CD no último ano, situação semelhante à encontrada em 1988 (MS), quando 68% das pessoas deste grupo obtiveram atenção no ano. Esse percentual reduz na medida em que avança a idade, sendo que entre os idosos, a maioria (59,41%) visitou o CD há 3 anos ou mais.

Dos que acessam aos serviços de odontologia, o serviço público é o mais utilizado pelos jovens (60%); entre adultos e idosos, as taxas de frequência nos serviços privados (liberal ou suplementar) são respectivamente 46,24% (35 a 44 anos) e 57,73% (65 a 74 anos). Em 2003, em média, 51% da população total pesquisada usavam os serviços públicos para atendimento odontológico no estado.

A consulta de rotina e manutenção (31,91%) e aquela motivada por dor (32,68%) foram os motivos mais frequentes de procura dos serviços odontológicos. Do total da população acima de 15 anos, 88,89% dos entrevistados avaliaram como bom ou ótimo o atendimento recebido. Apenas 2,1% classificaram-no como ruim ou péssimo.

Tabela 70 - Acesso a serviços odontológicos de acordo com a faixa etária, RS, 2003.

Acesso a Serviços		IDADE							
		15 a 19		35 a 44		65 a 74		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Consulta odontológica pelo menos uma vez	Sim	7261	95,29	10040	97,79	4083	96,25	21384	96,63
	Não	359	4,71	227	2,21	159	3,75	745	3,37
Tempo desde a última consulta	Nunca foi atendido	346	4,54	140	1,36	120	2,83	606	2,74
	Menos de 1 ano	5035	66,08	5105	49,72	942	22,21	11082	50,08
	De 1 a 2 anos	1593	20,91	2510	24,45	663	15,63	4766	21,54
	3 ou mais anos	646	8,48	2512	24,47	2517	59,34	5675	25,65
Local do Atendimento	Nunca foi atendido	331	4,34	134	1,31	118	2,78	583	2,63
	Serviço Público	4559	59,83	5188	50,53	1562	36,82	11309	51,1
	Serviço Privado Liberal	1808	23,73	3467	33,77	2101	49,53	7376	33,33
	Serviço Privado Suplementar	778	10,21	1281	12,48	351	8,27	2410	10,89
	Serviço Filantrópico	84	1,1	124	1,21	67	1,58	275	1,24
	Outros	60	0,79	73	0,71	43	1,01	176	0,8

Fonte: SSB/DAS/SES-RS

Os resultados aqui apresentados expressam, de maneira resumida, a situação de saúde bucal relativa aos principais agravos observados nas diferentes faixas etárias e nos municípios pesquisados no Rio Grande do Sul. Observa-se:

- ausência quase absoluta de assistência às necessidades odontológicas de bebês e crianças até 5 anos;
- alta prevalência de cárie entre adolescentes, levando a perdas dentárias precoces;
- diferenças constatadas na experiência de cárie entre moradores de cidades com fluoretação de água em relação às cidades sem flúor;

- o edentulismo (ausência de dentes) entre adultos e idosos apresenta uma alta prevalência, não tendo sido observadas mudanças positivas neste quadro em relação aos dados levantados em 1986;
- os dados relativos às necessidades de reabilitação protética para indivíduos acima de 35 anos apontam para a necessidade de organização de serviços especializados em odontologia.

Ainda que não existam levantamentos epidemiológicos mais atuais, acredita-se que todos os índices tenham obtido melhoras significativas nos últimos anos, considerando-se os investimentos realizados para ampliação do acesso, procedimentos educativo-preventivos e práticas odontológicas mais conservadoras (tabela 71).

Tabela 71 – Série histórica de indicadores de saúde bucal, RS, 2000-2005.

Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Cobertura de primeira consulta odontológica	9,73%	9,76%	9,51%	9,80%	9,28%	11,50%
Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos	-	-	-	0,13	0,13	0,14
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.	12,53%	11,43%	10,79%	9,50%	8,85%	8,20%

Fonte: SSB/DAS/SES-RS

O indicador “Média Anual da Ação Coletiva Escovação Bucal Supervisionada” deve ser analisado cautelosamente, uma vez que o Ministério da Saúde alterou-o duas vezes após sua implantação, não permitindo a verificação de uma série histórica de mais de dois anos consecutivos. Além disso, entre os anos de 2006 e 2007, a mudança no enunciado do indicador gerou confusão nos municípios; alguns informaram crianças cobertas e outros informaram procedimentos realizados, tendo como consequência distorção nos números atingidos.

Acredita-se que a partir do trabalho realizado em 2007 para esclarecimento do indicador e da sua correta informação, assim como o incentivo para a ampliação das ações coletivas, haverá um incremento substancial do percentual de cobertura.

Avaliação da Fluoretação das Águas de Abastecimento Público

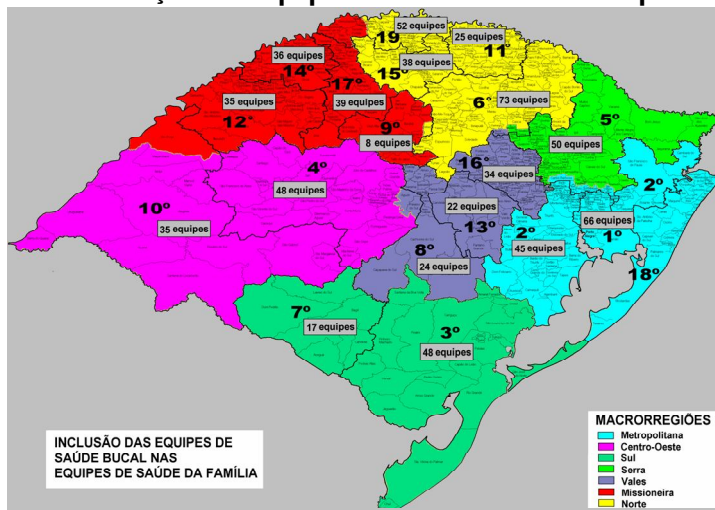
Quanto à situação da cobertura da fluoretação da água dos 496 municípios do estado no ano de 2007, constata-se, através das amostras analisadas, que 326 municípios são abastecidos com água fluoretada. Da totalidade de municípios do estado, 477 enviaram amostras para análise dos teores de fluoreto. Pelo resultado dessas amostras analisadas, pôde-se concluir que 88,3% da água distribuída à população contém flúor natural e/ou agregado. Em relação ao total da população do estado, temos 83,5% com acesso à água tratada.

Efetivar a vigilância dos teores de fluoretos é um dos parâmetros pactuados no Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIÁGUA.

Avaliação da Inclusão das Equipes Saúde Bucal na ESF

Segundo relatório da Estratégia de Saúde da Família de dezembro de 2008, o RS conta com 715 equipes de saúde bucal da ESF habilitadas pelo Ministério da Saúde, sendo 17 delas em áreas indígenas (figura 26).

Figura 26 – Distribuição das equipes de saúde bucal da ESF por CRS, RS, 2008.

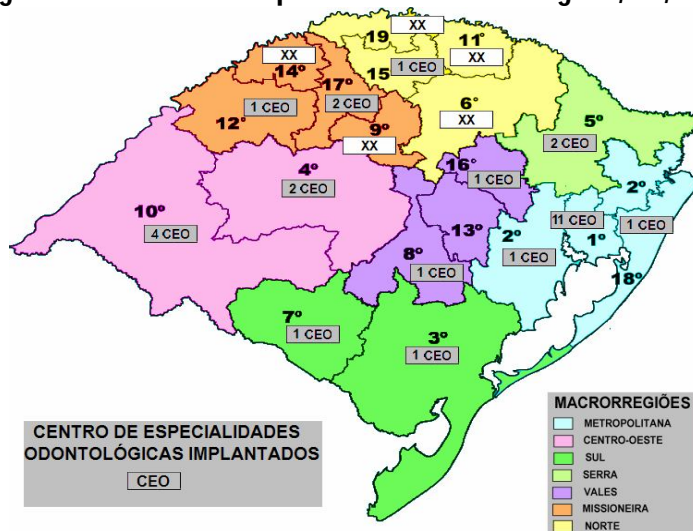


Fonte: SSB/DAS/SES-RS

A meta para 2008, que era de 590 equipes, foi consideravelmente superada uma vez que o ano encerrou com 715 equipes habilitadas.

Avaliação da Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas

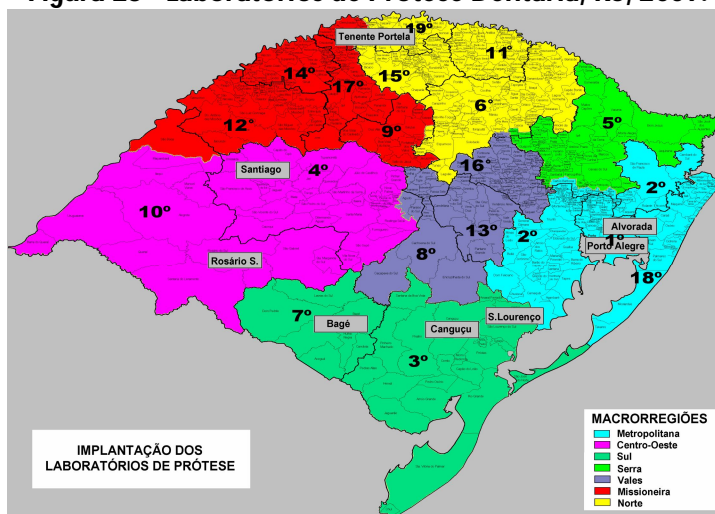
Figura 27 – Centro de Especialidades Odontológicas, RS, 2008.



Fonte: SSB/DAS/SES-RS

O RS apresenta ainda baixa cobertura populacional dos Centros de Especialidade Odontológica - CEO, assim com uma distribuição não homogênea entre as 19 CRS, inclusive com ausência de CEO em algumas delas. Além das dificuldades financeiras dos municípios e da questão da Lei de Responsabilidade Fiscal, um fator que também pode ter contribuído para a baixa adesão aos CEO foram os critérios para habilitação contidos no Plano Estadual de Média Complexidade. Diante disto, para favorecer o incremento no número de CEO, foram revistos os critérios de habilitação no final de 2008.

Figura 28 - Laboratórios de Prótese Dentária, RS, 2009.



Fonte: SSB/DAS/SES-RS

Apesar do esforço de sensibilização dos municípios para implantação de LRPD, o valor insuficiente repassado pelo MS para o pagamento das próteses, exigindo uma contrapartida do município, tem dificultado o incremento destes laboratórios.

3.6 Política de Alimentação e Nutrição

Inúmeras evidências epidemiológicas, advindas de múltiplos estudos multicêntricos, demonstram uma forte correlação entre o hábito alimentar de um indivíduo ou populações e o aparecimento de diversas doenças. São quatro os principais aspectos da alimentação que influenciam na saúde: o déficit no total de alimentos ingeridos, o déficit de nutrientes específicos, o consumo aumentado de determinados nutrientes e o consumo aumentado do total de alimentos. Estas condições levam a estados de desnutrição absoluta, desnutrição

calórico-proteica, subnutrição, obesidade ou, em conceito mais amplo, todas elas podem ser incluídas na condição de “risco nutricional”.

Até poucos anos atrás, a principal preocupação com a relação entre alimentação e saúde concentrava-se na desnutrição, na desnutrição calórico-protéica e na deficiência de algumas vitaminas e sais minerais. Mais recentemente, passou-se a observar uma crescente epidemia de obesidade como consequência direta da mudança da alimentação. Entre estes dois extremos, temos, modernamente, vários agravos bem relacionados cientificamente com o hábito alimentar, como a doença cardiovascular, câncer, osteoporose, diabetes, síndrome metabólica e as dislipidemias, todos agravos com alta prevalência em nosso estado.

Dados da Organização Mundial da Saúde indicam que cerca de 2/3 das mortes que ocorrem no mundo estão relacionadas com o hábito alimentar. Se aplicada esta proporção nas taxas de mortalidade do Rio Grande do Sul, conforme o Sistema de Mortalidade - SIM, seriam 50.823 as mortes provocadas por doenças correlacionadas com o hábito alimentar em 2007. De acordo com Fischmann e cols., em pesquisa realizada por esta secretaria em 1999 e 2000, sob o título “Prevalência de Fatores de Risco para a Doença Arterial Coronariana no Rio Grande do Sul”, foi encontrada uma prevalência de 55,1% de indivíduos adultos com sobrepeso ou obesidade, classificados de acordo com o Índice de Massa Corporal - IMC. Estes dados apontam a necessidade de políticas de saúde que proporcionem o estímulo e a orientação para hábitos alimentares mais saudáveis na população do estado.

Conforme o relatório “A Saúde da População do Estado do Rio Grande do Sul 2005”, desta secretaria, no cenário nacional, o Rio Grande do Sul é um dos estados que apresenta uma das menores taxas de mortalidade infantil e de natalidade, assim como uma das maiores expectativas de vida e urbanização. Estes dados justificam a importância das doenças crônicas não transmissíveis - DCNT - na definição do perfil epidemiológico da população, na qual se evidenciam elevada prevalência de fatores de risco, elevadas taxas de morbi-mortalidade e altos custos de assistência à saúde, decorrentes de doenças cardiovasculares e de neoplasias. Segundo dados da literatura científica internacional, é possível reduzir o risco para as DCNT em até 85% através da melhoria do hábito alimentar, da prática de atividade física e da redução do tabagismo.

Importante ressaltar que, segundo dados preliminares do Sistema de Vigilância em Alimentação e Nutrição - SISVAN-WEB - do Ministério da Saúde/Secretaria da Saúde do Estado, dos 37.368 registros por demanda espontânea nas unidades de saúde, 4,49% das

crianças com idade menor do que 5 anos estão com peso baixo para a idade, enquanto que 9,17% apresentaram peso elevado para a idade em 2008. Percebe-se que a proporção de crianças acima do peso é, aproximadamente, duas vezes maior do que as com baixo peso, apontando para a necessidade de políticas de reeducação alimentar desde os primeiros anos de vida, abrangendo a infância e adolescência.

A Organização Mundial de Saúde - OMS - recomenda o desenvolvimento de políticas de saúde pública voltadas para as áreas de alimentação e nutrição. O Ministério da Saúde instalou a Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição – CGPAN - e tem estimulado os estados a formalizarem políticas estaduais e a atuarem fortemente na área. A Secretaria da Saúde do Estado, através Departamento de Ações em Saúde - DAS, com a Política de Alimentação e Nutrição - PAN, vem implantando e implementando um grande rol de ações voltadas para a adequação do hábito alimentar na população do estado. Ações como educação alimentar, vigilância nutricional e capacitações profissionais são uma constante e devem continuar acontecendo.

Foram adotados os indicadores utilizados no Pacto pela Saúde (percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade; percentual de famílias com perfil da saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família, acompanhadas pela atenção básica), comprometendo, desta forma, os municípios para a adoção de ferramentas que permitam a vigilância em alimentação e nutrição.

Em relação ao programa federal “Bolsa Família”, de um total de 351.642 famílias beneficiadas, 179.056 (50,92%) são acompanhadas pela atenção básica e registradas no SISVAN-WEB (2008). Apesar dos dados serem novos, com implantação recente, contribuirão, no futuro, para melhor leitura epidemiológica do perfil nutricional da população e para o desenvolvimento de novas ações direcionadas para a promoção da saúde.

A capacitação de todas as Coordenadorias Regionais de Saúde para o desenvolvimento de ações da área de alimentação e nutrição foi essencial, assim como a instalação do sistema SISVAN-WEB em 100% dos municípios gaúchos, possibilitando assim a atuação intensa e decisiva em vigilância.

A educação e a orientação nutricional no estado, através do Guia Nutricional para o Rio Grande do Sul; do folder Coma Melhor e Viva Melhor, para distribuição a toda a população do Estado; do Boletim Informativo Alimentação e Nutrição e da editoração de

protocolos técnicos sobre alimentação saudável, atividade física, diabetes mellitus, dislipidemias e hipertensão arterial sistêmica, têm contribuído para a discussão do problema.

O estímulo para os profissionais produzirem trabalhos junto à população em geral resultou na realização de 7 mostras macrorregionais de “Experiências Bem Sucedidas em Alimentação e Nutrição”, três destes trabalhos foram selecionados para a Mostra Nacional/MS. Foram desenvolvidos trabalhos de educação alimentar, de estímulo a produção de alimentos específicos, de aleitamento materno, de prevalência de Obesidade, envolvendo todos os ciclos de vida da população e também de minorias.

O Rio Grande do Sul, a partir das ações desenvolvidas pela PAN, integra-se às ações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e às diretrizes das principais instituições científicas do mundo para o desenvolvimento de políticas de saúde pública voltadas especificamente para a área da alimentação e nutrição.

3.7 Política Estadual de Sangue

A Fundação Estadual de Produção e Pesquisa – FEPPS - através do Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul – HEMORGS - disponibiliza e garante o fornecimento de sangue e hemoderivados com qualidade aos leitos do Sistema Único de Saúde - SUS, de sua área de abrangência, além de ser coordenar a Hemorrede Pública Estadual, composta por seis hemocentros regionais (localizados nos municípios de Caxias do Sul, Passo Fundo, Santa Rosa, Pelotas, Alegrete e Santa Maria) e um Núcleo Hemoterápico (Cruz Alta). A FEPPS/HEMORGS é responsável pela Clínica Hematológica do Estado do Rio Grande do Sul, referência estadual para o atendimento multiprofissional de pacientes hemofílicos e portadores de coagulopatias, outras patologias do sangue e hemoglobinopatias.

Em 2008, os hemocentros sob gestão da FEPPS coletaram 53.943 bolsas de sangue; foram processadas e distribuídas 79.060 bolsas de hemocomponentes fracionados e 150.304 hemocomponentes produzidos e disponibilizados aos hospitais de Porto Alegre, região metropolitana, 3ª, 4ª e 18ª CRS. Estes dados não incluem o Hemocentro Regional de Santa Maria, que foi inaugurado no ano de 2008. No mesmo período, foram atendidos 5.422 pacientes portadores de coagulopatias.

Integrantes da Política Estadual de Sangue

A Câmara Técnica de Sangue, Outros Tecidos e Órgãos do Estado do Rio Grande do Sul – CATESTO/RS, foi constituída através das Portarias 06 e 07/2003 e reformulada pela Portaria 41/2007 e é composta pela representação das seguintes áreas da Secretaria da Saúde do Estado, sob a coordenação da Hemorrede Pública: VISA, DVE, DAHA, DCR, ASSTEPLAN, CNCDO/RS.

A CATESTO/RS tem entre suas atribuições a competência de elaborar e gerenciar a Política Estadual de Sangue e Hemoderivados e o Plano Diretor do Sangue do Estado do Rio Grande do Sul, tendo atuado em todos os estágios da formulação Plano Diretor entregue à sociedade. A FEPPS/HEMORGS atua na Coordenação da Hemorrede Pública, servindo de referência técnica aos Serviços Hemoterápicos.

A capacidade operacional instalada nos serviços hemoterápicos (SH) públicos do estado é de 190.800 coletas por ano, se for considerado o serviço que se encontra em fase de implantação. Conforme dados apresentados (tabela 72), há capacidade instalada de 291.600 coletas de sangue por ano, atingindo um patamar de 2,8% da população gaúcha, superando sobremaneira a expectativa da Política Nacional de Sangue.

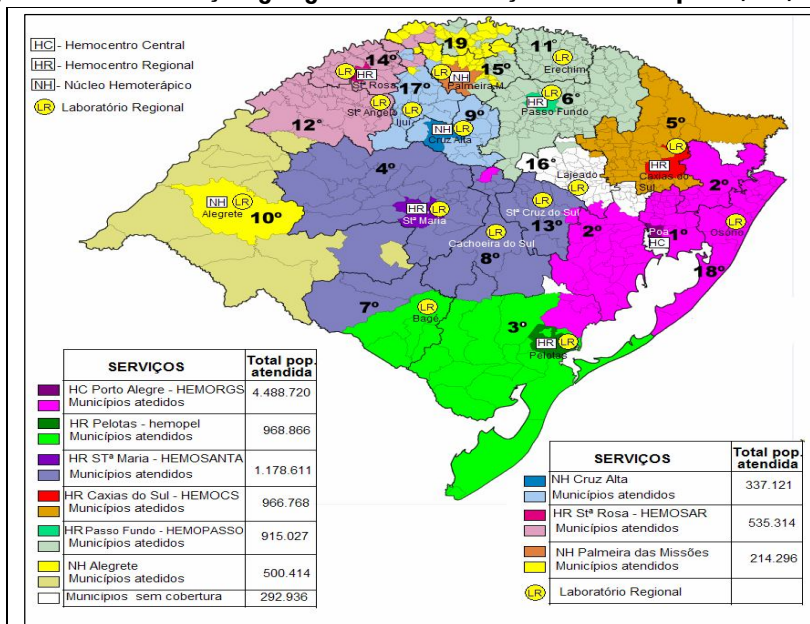
Tabela 72 - Capacidade operacional instalada/ano dos serviços da hemorrede pública, RS, 2009.

SH	CO/ano	Convênios
Alegrete (NH)	14.400	12.000
Caxias do Sul (HR)	28.800	24.000
Cruz Alta (NH)	14.400	12.000
Palmeira das Missões (NH)	14.400	12.000
Pelotas (HR)	28.800	24.000
Santa Maria (HR)	28.800	24.000
Santa Rosa (HR)	28.800	24.000
Total	158.400	132.000

Fonte: FEPPS/SES-RS

No Plano Nacional do Sangue, o índice anual de transfusão de sangue apresenta-se como uma média de 10 bolsas por leito. Tal indicador representa uma quantidade de 211.840 bolsas anuais para o estado, considerando-se os 21.184 leitos SUS existentes (dados de novembro/2007).

Figura 29 – Localização geográfica dos serviços hemoterápicos, RS, 2008.



Fonte: FEEPS/SES-RS

3.8 Política de Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica da SES tem como atribuições organizar os serviços de assistência farmacêutica no Estado, de forma hierarquizada, baseada no elenco de ações desenvolvidas em cada nível de atenção à saúde, investindo no desenvolvimento de recursos humanos e na infra-estrutura para a gestão descentralizada da assistência farmacêutica.

A demanda de medicamentos especiais, excepcionais e estratégicos tem aumentado significativamente, existindo a necessidade de uma reorganização das atividades do setor, com o objetivo de um atendimento mais ágil, regular e com efetivo embasamento técnico. Em função disso, a Coordenação da Política de Assistência Farmacêutica passou a prestar o atendimento ao usuário de forma regionalizada e descentralizada, preocupando-se com o fluxo do cadastramento dos usuários, do planejamento e da programação das necessidades, da avaliação e da reavaliação das solicitações; além da aquisição, armazenamento e distribuição para as CRS e, conseqüentemente, para os municípios de residência dos usuários, bem como o monitoramento dos pacientes em tratamento.

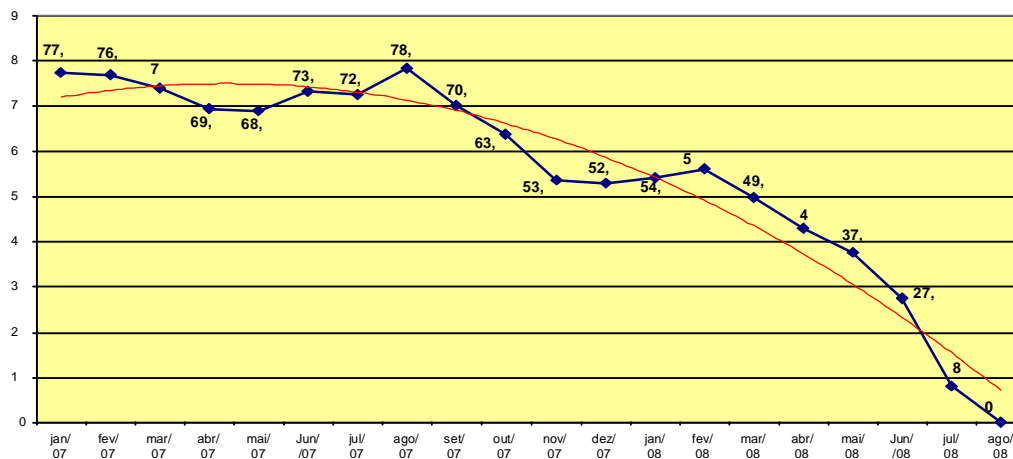
Cabe salientar que a gestão da Assistência Farmacêutica do Rio Grande do Sul, a cada ano, avança na melhoria da qualidade dos serviços prestados aos seus usuários. Em 2005, por

exemplo, iniciou a implantação do Sistema AME, o sistema informatizado especializado desenvolvido pela PROCERGS, em parceria com a SES-RS para gerenciamento da demanda da Assistência Farmacêutica do Estado. O Rio Grande do Sul foi o primeiro estado a possuir sistema informatizado implantado em todos os seus órgãos dispensadores, sendo hoje o melhor e mais completo sistema informatizado do país. O Sistema AME é o único que gerencia cadastro de usuários, de tratamentos (administrativos e judiciais), de dispensações, de estoques, de previsão de compras e, ainda, efetua o faturamento de Autorizações de Procedimento de Alto Custo – APACs – de forma automatizada.

Deve ser ressaltado que, nos últimos anos, em outra experiência pioneira, o RS licitou a contratação de uma distribuidora de medicamentos para agilizar o atendimento das demandas judiciais. Esta distribuidora passou a fornecer todos os medicamentos constantes da lista da ABCFARMA, facilitando significativamente a gestão do atendimento das demandas judiciais e diminuindo drasticamente o prazo de cumprimento das determinações judiciais e as discontinuidades no atendimento destes usuários.

Por outro lado, mostrando uma vez mais o aumento da eficiência da administração pública na área, a partir do ajuste fiscal iniciado no estado em 2007, foi possível a utilização da estratégia de comprar à vista e iniciar a amortização da dívida de R\$ 77,3 milhões (valores em janeiro de 2007) com os fornecedores de medicamentos. A amortização iniciou em agosto de 2007, tendo sido pagos R\$ 23,2 milhões de agosto a dezembro de 2007 e R\$ 54,1 milhões de janeiro a agosto de 2008. Sendo assim, desde agosto de 2008, o RS não possui dívida com fornecedores de medicamentos e é o estado que paga “mais em dia” e no “menor prazo” (em torno de 15 dias após o protocolo da solicitação de pagamento).

Gráfico 51 - Histórico do Pagamento da Dívida com Fornecedores de Medicamentos (R\$ milhões), RS, 2007-2008.



Fonte: AF/SES-RS

Outra ação importante foi o restabelecimento do repasse do estado aos municípios da contrapartida estadual da Assistência Farmacêutica Básica. A contrapartida referente à competência de 2008 (R\$ 16 milhões) foi totalmente repassada no decurso do mesmo ano. No ano de 2009, o estado efetuará o repasse da contrapartida referente à competência de 2009 (R\$ 17 milhões) e, simultaneamente, efetuará o repasse referente à competência de 2007 (R\$ 11 milhões) que se encontrava pendente.

Com a transferência dos recursos financeiros acima referidos aos municípios para aquisição de medicamentos do elenco básico, resta fortalecida a atenção primária em saúde, atendendo os usuários com as patologias ainda em sua fase inicial, o que, no longo prazo, resulta na prevenção do agravamento da doença, com conseqüente redução da necessidade de medicamentos de alto custo, como os medicamentos excepcionais.

Outra ação importante implantada pela SES foi a integração do Sistema AME com o Sistema de Controle de Óbitos da Secretaria da Fazenda do Estado - SCO. Infelizmente, os familiares dos usuários da Assistência Farmacêutica do Estado raramente informam as Secretarias Municipais ou Estadual de Saúde sobre a ocorrência do falecimento do usuário e, por este motivo, em alguns casos, a SES acabava por manter estoques em determinado órgão dispensador (farmácia do município) sem demanda real, o que acarretava maior ônus ao Estado. A Secretaria da Fazenda recebe, periodicamente, de todos os cartórios do estado, informação acerca dos óbitos ocorridos e alimenta o SCO a fim de evitar o pagamento

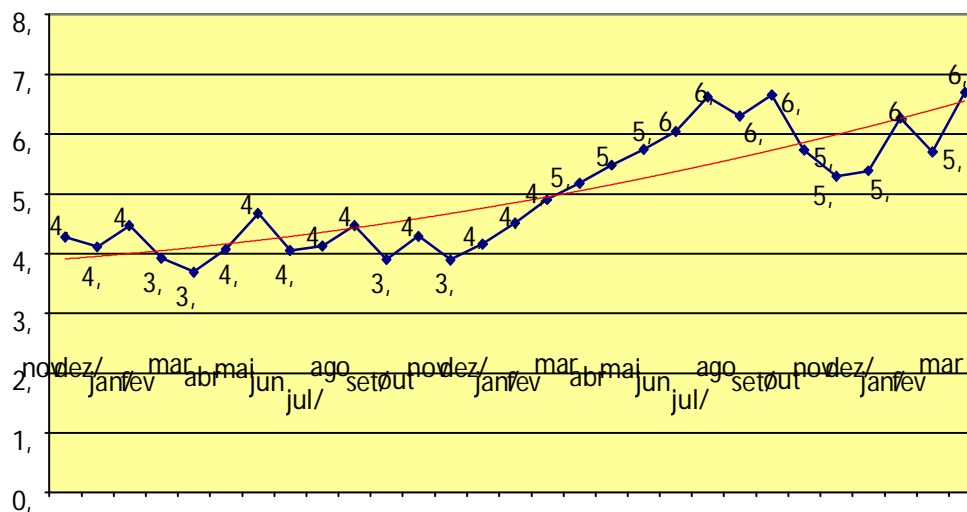
indevido de servidores ativos ou inativos. Com a mencionada integração dos dois sistemas, tornou-se possível detectar óbitos de usuários de todo o estado, com significativa agilidade, possibilitando um importante avanço na otimização dos estoques estaduais de medicamentos.

No segundo semestre de 2008, em mais uma experiência pioneira no Brasil, o RS deu início ao credenciamento de pessoas jurídicas para elaboração de pareceres técnicos científicos para subsidiar a defesa do estado e fornecer subsídios para auxiliar os magistrados em suas decisões.

No caso dos medicamentos de dispensação excepcional, cabe ao estado a aquisição e a distribuição dos medicamentos aos municípios que, por sua vez, são responsáveis pela dispensação aos usuários cadastrados. Já à união, cabe o co-financiamento do programa, através do ressarcimento pela cobrança de APAC pelo estado. Oportuno esclarecer que somente após a efetiva dispensação do medicamento é que pode ser cobrada a APAC, ou seja, quanto maior o volume de dispensações, maior a geração de APAC.

No ano de 2008, a SES aumentou em 36,44% o valor da produção de APACs em relação ao ano de 2007. Já em 2009, a SES aumentou em 10,07% o valor produzido em relação ao ano de 2008. Ao comparar o ano de 2009 com o de 2007, o aumento é significativo, de 50,18%.

Gráfico 52 - Produção Mensal de APAC Medicamentos Excepcionais (em R\$ milhões), RS, 2006-2009.



Fonte: AF/SES-RS

Com relação à distribuição, cabe esclarecer que o RS é o único estado que efetuou a descentralização de 100% do acesso a Assistência Farmacêutica, ou seja, nenhum usuário necessita sair do seu município para requerer ou para receber os medicamentos dos elencos das Políticas de Assistência Farmacêutica (união, estado e municípios).

A AF do Estado possui 14 Centros de Referência em parceria com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com a finalidade de oferecer um serviço de referência na avaliação e acompanhamento dos usuários; 9 destes centros efetuam dispensação de medicamentos diretamente aos usuários. Além disso, possui 4 Centros de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis - CAMMI, em parceria com hospitais públicos e universitários (GHC, HSP/SES, UFPEL e FURG), os quais atendem cerca de mil usuários portadores de hepatite C.

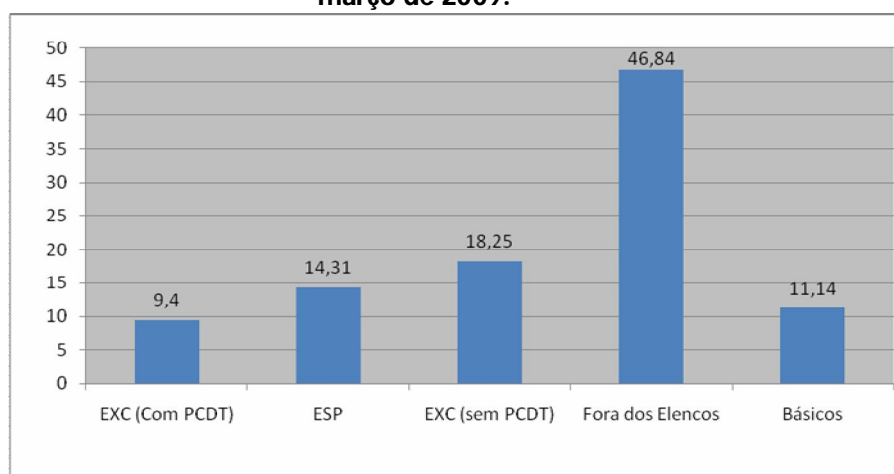
Os serviços prestados pela Assistência Farmacêutica da SES são de extrema complexidade, atendendo cerca de 115 mil pacientes (demandas administrativas e judiciais) que utilizam, aproximadamente, 3.300 apresentações farmacêuticas e recebem estes medicamentos em 509 órgãos dispensadores, em todo o estado, sendo que a demanda continua crescendo em ritmo acelerado. Cabe salientar que, em 1999, havia apenas 7 mil

pacientes cadastrados, ou seja, a demanda atual é cerca de 16 vezes maior do que há 10 anos.

Além disso, ressalta-se que, das 3.300 apresentações farmacêuticas, apenas cerca de 500 fazem parte dos elencos fornecidos administrativamente, sendo que as demais 2.800 são fornecidas por força de determinações judiciais, tornando extremamente complexo abastecer os 509 órgãos dispensadores localizados nos 496 municípios do estado. Fica claro o impacto da demanda judicial na logística da AF do estado, prejudicando a distribuição dos medicamentos que fazem parte dos elencos fornecidos administrativamente.

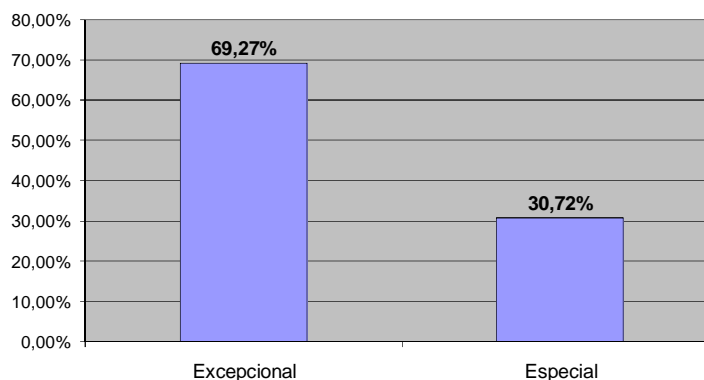
A partir de análise efetuada de dados extraídos do Sistema AME (março de 2009), verificou-se que cerca de 76% de todos os tratamentos (medicamentos) deferidos judicialmente não fazem parte dos elencos fornecidos administrativamente pelo estado, bem como, 66% dos medicamentos do elenco de excepcionais deferidos judicialmente não atendem aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT - do Ministério da Saúde. Estes dados demonstram, claramente, que o motivo principal do crescimento da demanda judicial, em relação aos medicamentos excepcionais, está diretamente relacionado à inobservância dos PCDT do MS (CID e quantitativos máximos autorizados). Ou seja, não decorrem de descontinuidade dos estoques, culminando inevitavelmente no indeferimento do pedido administrativo. Os gráficos abaixo demonstram o percentual das demandas judiciais e administrativas deferidas.

Gráfico 53 - Distribuição do percentual da demanda Judicial Deferida de Medicamentos, RS, março de 2009.



Fonte: Sistema AME/SES-RS
 Total de Pacientes: 20.497
 Total de Tratamentos: 46.737

Gráfico 54 – Distribuição do Percentual da Demanda Administrativa Deferida de Medicamentos, RS, março 2009.



Fonte: Sistema AME/SES
Total de Pacientes: 84.459
Total de Tratamentos: 115.614

Em face do indeferimento administrativo, os usuários pleiteiam o medicamento junto ao Poder Judiciário (mesmo sem atenderem aos critérios preconizados pelo MS) que, por sua vez, tem deferido um grande número de demandas. Isso desorganiza todo o planejamento efetuado para o atendimento da demanda administrativa, visto que obriga o gestor a deslocar recursos orçamentários para o atendimento da demanda judicial em detrimento da demanda administrativa, dificultando, cada vez mais, a gestão da Assistência Farmacêutica.

A Fundação Estadual de Produção e Pesquisa - FEPPS, através do Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul - LAFERGS, tem por finalidade produzir e distribuir medicamentos para atender às Políticas Nacional e Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, com projeto atual para atenção ao Programa de Saúde Mental, medicamentos de alto custo e medicamentos excepcionais, obedecendo aos padrões e critérios internacionais de qualidade (RDC Nº 210, de 04/08/2003) preconizadas pela ANVISA, órgão regulatório e fiscalizador.

Este departamento encontra-se em fase de finalização da obra civil para adequação da estrutura física à legislação sanitária visando obtenção da certificação em Boas Práticas de Fabricação – BPF - e desenvolvimento e registro de medicamentos junto a ANVISA.

A FEPPS/LAFERGS, através da Divisão de Assistência Farmacêutica - DAF, tem por finalidade promover a logística de recebimento, guarda e distribuição de medicamentos utilizados nos diversos programas estratégicos do governo federal no RS e de medicamentos

especiais da Secretaria da Saúde do Estado do RS. Os medicamentos são recebidos e armazenados na DAF e disponibilizados a todas as Coordenadorias de Saúde do estado, as quais distribuem aos seus municípios de abrangência, beneficiando assim, toda a população do estado.

Esta ação atende, por exemplo, aos programas de AIDS, Tuberculose, Doenças Crônicas Degenerativas, Saúde da Mulher, Hanseníase, etc., dos medicamentos excepcionais, dos hospitais próprios da Secretaria da Saúde RS e também dos provenientes de demandas judiciais.

3.9 Política de Saúde nas Fronteiras

O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS-Fronteiras - é um projeto da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde voltado para a integração de ações e serviços de saúde na região fronteira do Brasil. Instituído pela Portaria GM 1.120/05, o SIS-Fronteira contribui para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde dos municípios situados na fronteira do país.

A Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, em parceria com o Ministério da Saúde e com os países que fazem fronteira com o território gaúcho, Argentina e Uruguai, vem discutindo estratégias para estimular a integração entre os municípios de fronteira, a fim de qualificar as ações de vigilância e os serviços em saúde prioritários para a proteção, recuperação, prevenção e promoção da saúde das populações de fronteiras.

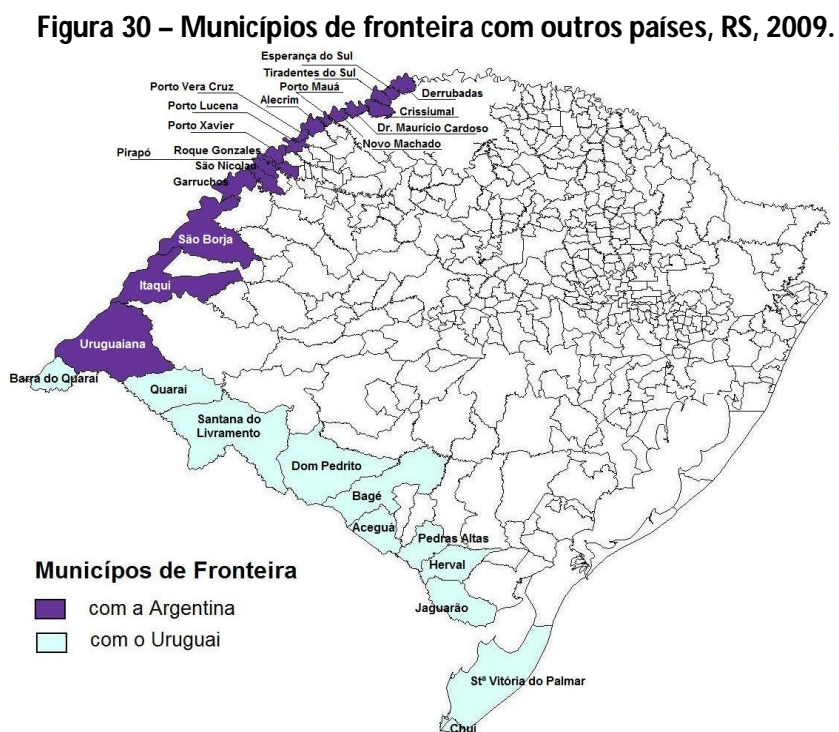
Para atender aos objetivos de fortalecimento e integração dos sistemas locais de saúde, faz-se necessário mensurar diversos aspectos de forma quanti-qualitativa (diagnóstico local). Entre eles:

- aspectos socioeconômicos;
- aspectos geográficos;
- aspectos epidemiológicos, sanitários, ambientais; e,
- aspectos assistenciais.

O Plano Operacional deve ser elaborado pela gestão local em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e conter estratégias e ações para alcançar as

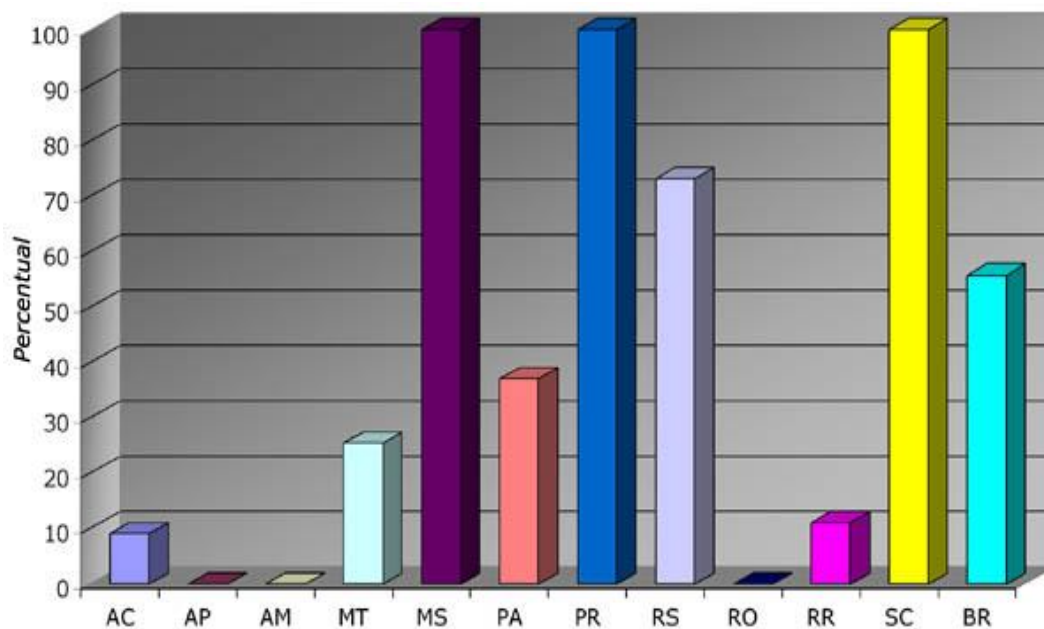
prioridades identificadas no diagnóstico, buscando a melhoria dos serviços de saúde nos municípios fronteiriços.

O Rio Grande do Sul tem 11 municípios que fazem fronteira com o Uruguai e outros 18, com a Argentina, totalizando 29 municípios de fronteira (figura 30). Destes, 25 possuem diagnósticos locais homologados pelo Ministério da Saúde/SIS-Fronteira. Nenhum deles tem ainda planos operacionais homologados (gráfico 55). No entanto, alguns municípios já os encaminharam ao Ministério da Saúde (gráfico 56).



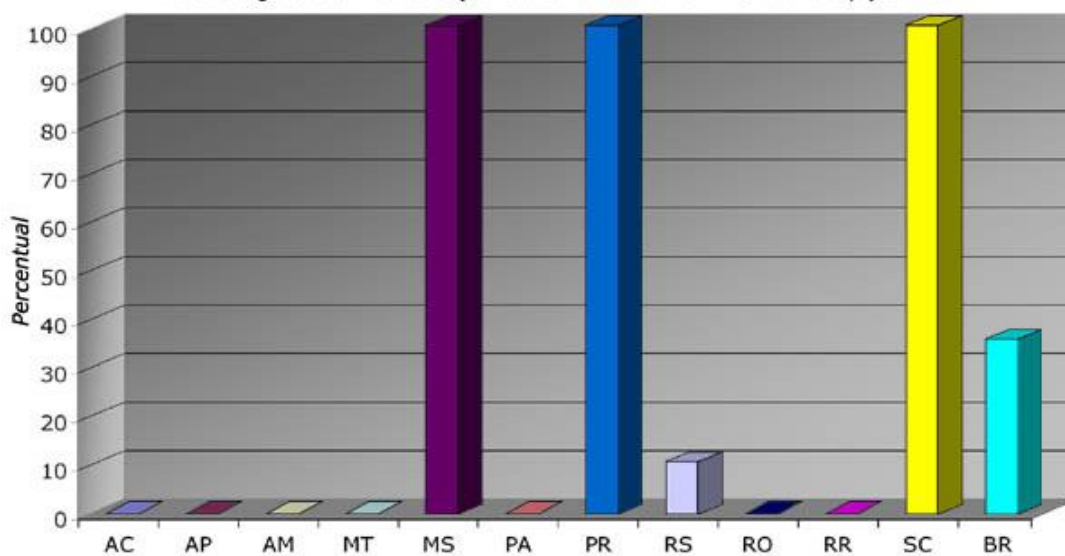
Fonte: ASSTEPLAN/SES-RS

Gráfico 55 – Diagnósticos locais enviados ao SIS-FRONTIERA, Unidades da Federação, Brasil, 2009.



Fonte: MS/SIS-FRONTIERAS

Gráfico 56 – Planos Operacionais enviados ao SIS-FRONTIERA, por Unidade da Federação, Brasil, 2009.



Fonte: MS/SIS-FRONTIERAS

Atualmente, acordos de cooperação técnica para a garantia do acesso, celebrados entre municípios de países vizinhos, fronteiras gêmeas Brasil – Uruguai, fazem com que as

populações de fronteira contem com a melhoria de serviços básicos de saúde. O aumento da oferta de serviços básicos em municípios de fronteira pode ser exemplificado pelas campanhas de vacinação promovidas por municípios do Rio Grande do Sul e que se estendem à população de municípios de outros países.

A Pesquisa “Saúde nas Fronteiras: Estudo do Acesso aos Serviços de Saúde nas Cidades de Fronteira com Países do MERCOSUL”², publicada em 2007, tem como objetivo analisar condições de acesso e demandas por serviços de saúde em cidades fronteiriças do MERCOSUL e discutir repercussões dos processos de integração regional sobre os sistemas de serviços de saúde dos países membros.

Com metodologia quali-quantitativa, a pesquisa privilegia percepções de atores-chave como fontes primárias de informação e lança mão de dados de sistemas de informação oficiais como fontes secundárias. O estudo baseia-se em experiências e percepções de atores políticos, representantes governamentais nacionais, regionais e locais quanto aos temas do acesso a serviços de saúde em regiões de fronteira e às implicações da integração regional *vis a vis* as políticas nacionais, regionais e locais, no acesso às ações e aos serviços de saúde.

Com o objetivo de identificar e analisar as ações demandadas pela população fronteiriça aos serviços de saúde, mecanismos utilizados para o acesso, fluxos formais e informais entre serviços na região e estratégias de resposta de gestores locais às pressões por atendimento, foi realizado inquérito com os secretários municipais brasileiros da linha de fronteira com Uruguai, Argentina e Paraguai. Questionários foram respondidos por 67 secretários de saúde de municípios brasileiros da linha de fronteira com esses países, um universo de 69 municípios.

A seguir são apresentados, resumidamente, alguns dados e análises extraídos da pesquisa referentes a acesso e demanda de estrangeiros no SUS nos municípios de fronteira do Rio Grande do Sul. Os questionários foram respondidos por 28 SMS, em universo de 29 municípios (figura 30).

Segundo a pesquisa, em 2005, a busca de atendimento por estrangeiros no SUS nos municípios que fazem fronteira com o Rio Grande do Sul varia conforme o país. Os secretários municipais de saúde de 10 dos municípios que fazem fronteira com o Uruguai informaram existência de demanda de estrangeiros para atendimento no SUS em 100% dos

² Giovanella, Lígia (coord.) Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL. Rio de Janeiro: ENSP / Fiocruz, 2007.

municípios. Em 50% das localidades, esta demanda foi citada como frequente ou muito frequente. Já em 18 dos municípios que fazem fronteira com a Argentina, 77,8% informaram a existência de demanda de estrangeiros para atendimento no SUS, sendo que desta demanda foi considerada frequente ou muito frequente em 27,8% das localidades (tabela 73).

Na percepção dos secretários de saúde, a busca de brasileiros residentes nas cidades estrangeiras de fronteira por atendimento no SUS é idêntica entre brasileiros e estrangeiros. Nos municípios de fronteira com a Argentina, a busca é ainda mais elevada entre os brasileiros residentes (88,9%), que a demandada por argentinos, 77,8% (tabela 73).

Perguntados quanto ao direito dos estrangeiros a atendimento no SUS municipal, em torno de 90% (25) dos secretários afirmaram que todos os estrangeiros têm direito a atendimento. Todos os secretários informaram prestar algum tipo de atendimento aos estrangeiros que buscam os serviços do SUS municipal. Todavia, em 40% dos municípios que fazem fronteira com o Uruguai e em 33% dos que fazem fronteira com a Argentina, os estrangeiros são atendidos apenas em situações de emergência, indicando-se o retorno ao país de origem após o primeiro atendimento (tabela 73).

A positividade das respostas encontra um contraponto com as barreiras de acesso estabelecidas para o atendimento no SUS existentes em parte das localidades que exigem documento de identidade, e em parte dos municípios que exigem comprovante de residência e documento de identidade. Estas barreiras burocráticas dificultam o acesso de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS e os obrigam a recorrer a subterfúgios para acessar ao tratamento necessitado, como a apresentação de comprovante de residência de parentes ou amigos brasileiros.

Tabela 73 – Acesso e demanda de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS segundo os secretários de saúde. Municípios do RS de fronteira com Argentina e Uruguai, 2005.

Variáveis	Fronteira com Uruguai n = 10	Fronteira com Argentina n = 18
Busca de atendimento no SUS por estrangeiros*		
Nunca acontece	0,0	22,2
Pouco frequente	50,0	50,0
Frequente	20,0	16,7
Muito frequente	30,0	11,1
Busca de atendimento no SUS por brasileiros residentes na cidade estrangeira de fronteira**		
Nunca acontece	0,0	11,1
Pouco frequente	40,0	33,3
Frequente	20,0	50,0
Muito frequente	40,0	5,6
Direito ao atendimento no SUS no município		
Todos os estrangeiros	60,0	77,8
Estrangeiros com dupla cidadania	20,0	5,6
Estrangeiros residentes no município	20,0	0,0
Nenhum estrangeiro	0,0	0,0
Prestação de atendimento a estrangeiros que buscam o SUS municipal		
Somente em caso de emergência	40,0	33,3
Para outros serviços além da emergência, mas depende do tipo de ação	40,0	38,9
Sim, para todos os serviços	20,0	27,8
Documentação exigida para atendimento no SUS		
Documento de identidade	80,0	38,9
Comprovante de residência	50,0	5,6
Documento de identidade + Comprovante de residência	50,0	5,6

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz/Pesquisa Saúde na Fronteira.

*Total inclui três municípios que informaram desconhecer a busca de atendimento por estrangeiros

**Total inclui um município que informou desconhecer a busca de atendimento por brasileiros não residentes

A presença de famílias binacionais nas localidades lindeiras é comum. Perguntados sobre quais as relações dos estrangeiros que procuram o SUS com o Brasil, 10 secretários de saúde do Uruguai e 14 da Argentina responderam que 80,0 e 57,1%, respectivamente, são estrangeiros com familiar residente no Brasil. Noventa por cento são uruguaios que residem em municípios brasileiros de fronteira e 28,6%, argentinos que residem em municípios brasileiros de fronteira com seu país. Na maior parte dos municípios, a demanda é espontânea.

Ainda que na percepção dos gestores locais a procura de estrangeiros por serviços de saúde do SUS seja elevada, gerando dificuldades para a oferta e financiamento dos serviços, esta demanda não é dimensionada porque a maioria dos municípios não registra os atendimentos como prestados a estrangeiros. Considerando-se o universo da pesquisa, isto

é, municípios de fronteira com Argentina, Paraguai e Uruguai, 53 secretários responderam ao questionário e informaram existir procura de atendimento no SUS por parte de estrangeiros, quais ações buscam e com que frequência. Em cerca da metade ou mais dos municípios, é frequente ou muito frequente a busca por medicamentos (62%), consulta médica de atenção básica (60%), imunização (50%), parto (50%), exames patologia clínica (49%), emergência (45%) e pré-natal (45%). Menores proporções de secretários indicaram como frequente ou muito frequente a demanda de estrangeiros por serviços mais especializados, tais como internação hospitalar (40%) e atenção odontológica (38%). A busca por consulta médica especializada (28%) e procedimentos de alta complexidade (13%) foram as demandas menos mencionadas, o que é condizente com o pequeno porte populacional e a baixa oferta de atenção especializada nos municípios estudados.

Conforme relato desta pesquisa, a busca de estrangeiros por atendimento no SUS está relacionada a características da fronteira e da oferta de serviços de saúde dos municípios lindeiros. Municípios mais próximos e de maior porte populacional tendem a atrair maior demanda de estrangeiros. A presença de hospital do SUS está associada a uma busca frequente por parte de estrangeiros, brasileiros não residentes por serviços de internação e parto. Os municípios que dispõem de três ou mais Unidades Básicas de Saúde apresentam também uma procura mais frequente por consulta médica de atenção básica.

Iniciativa importante foi, em abril de 2002, a instituição da Agenda de Cooperação e Desenvolvimento Fronteiriço Brasileiro-Uruguiaia, com o propósito da promoção do desenvolvimento integrado da faixa de fronteira comum. Na região de fronteira com o Uruguai, vivem mais de 720 mil habitantes; 52% da área territorial faz parte do Rio Grande do Sul e 16% da área do Uruguai. O Rio Grande do Sul conta com representantes na Comissão Binacional Assessora de Saúde Brasil-Uruguai.

A pauta da integração fronteiriça bilateral é distribuída entre os seguintes quatro Grupos de Trabalho - GT: de Saúde, de Meio Ambiente e Saneamento, de Cooperação Policial e Judicial, e de Educação e Formação Profissional.

Em maio de 2009, na última reunião da Comissão Binacional Assessora de Saúde Brasil-Uruguai, realizada em Porto Alegre-RS, foi discutido o Ajuste Complementar para a Prestação Recíproca de Serviços de Saúde na Fronteira. Além deste assunto, foram abordados no encontro, dentre outros: o projeto Fortalecimento das Capacidades de Resposta em Saúde no Nível Nacional e, em particular, nas Zonas de Fronteira Brasil-

Uruguia; proposta para construção de unidade binacional em saúde em território gaúcho; projeto de fortalecimento do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados do Uruguai; e o Fortalecimento das Políticas de Enfrentamento à Epidemia de DST/AIDS no Uruguai. Neste mesmo encontro, o GT de Saúde destacou como ponto forte as resoluções do MERCOSUL referentes à Avaliação de Tecnologias em Saúde e aos Serviços de Diálise.

Ainda foram acrescentados como pauta na agenda de discussão da Comissão Binacional de Saúde Brasil-Uruguai os temas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, considerando a integração dessas ações à atenção primária em saúde para o desenvolvimento de ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde.

Há necessidade de um processo de mobilização dos legisladores e da sociedade para avançar na regulamentação de normas e na discussão das prioridades, financiamento, contratação de serviços e transações financeiras entre os entes envolvidos. Trata-se de garantir escopo legal para os acordos internacionais que vierem a ser construídos. Portanto, é importante que os gestores dos municípios de fronteira, juntamente com o gestor estadual, sensibilizem os parlamentares para discutir e normatizar, em nível federal, as regulamentações necessárias para a realização de acordos bilaterais entre estados, municípios e países de fronteira.

IV GESTÃO DO SUS

1 PLANEJAMENTO

Ao longo dos últimos 30 anos que consolidaram no Brasil a saúde coletiva, o planejamento e administração em saúde serviram de eixo aglutinador para objetos de investigação e propostas de intervenção social (SCHRAIBER et al., 1999). Da necessidade de se prever a receita e os gastos governamentais, considerando as demandas e ações em saúde, derivam os processos de planejamento das ações de governo. Diferentes fatores balizam estes procedimentos: aspectos políticos, culturais, econômicos, técnicos, legais, dentre outros, condicionam a gestão pública. Assim, a política de saúde tem suas bases calcadas nos parâmetros institucionais que mantêm a organização estatal. A gestão das receitas, investimentos e gastos em saúde, portanto, relaciona-se intimamente com o aparato que sustenta as diversas ações que visam responder às necessidades da população.

A partir da Constituição Federal de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde, parâmetros de formulação e gerenciamento foram propostos, novos desafios perpassam essa política pública. Assim, sucederam-se diferentes legislações com a finalidade de regulamentar a Carta Magna e permitir o alcance de seus princípios e fundamentos. Cabe salientar que bases legais precederam esse processo, embora se mantenham ainda hoje vigentes, a exemplo da Lei 4.320, de 1964, quando foram estabelecidas as normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da união, estados e municípios. Dessa maneira, o viés orçamentário garante importante influencia na gestão das políticas públicas a partir das normativas então estabelecidas.

Com relação à gestão do SUS e, mais especificamente, ao planejamento em saúde, observa-se que, tradicionalmente, os conhecimentos advindos da administração em saúde ou mesmo da área econômica são os grandes definidores das estratégias e linhas de ação propostas. A área econômica e financeira do setor público tem sido a grande diretriz que orienta a alocação dos recursos em saúde, haja vista que tradicionalmente os orçamentos são os definidores das prioridades. Entretanto, observa-se, ao longo do tempo, que o momento de elaboração do orçamento em saúde não gera um processo de planejamento ou definição de prioridades passíveis de garantir maior integralidade das ações, traduzindo-se, muitas vezes, em operações pontuais, com impactos nem sempre satisfatórios nas condições

de saúde da população nas suas múltiplas dimensões. Para tal, é necessário qualificar esse processo a fim de que sejam supridas as necessidades do SUS.

Observa-se ainda, de acordo com o relatório produzido pelo trabalho do “Orçamento Cota Base Zero”, ação estruturante que objetiva, dentre outras ações, “melhor planejar a aplicação de recursos estaduais”, que os orçamentos públicos no Brasil, de um modo geral, são elaborados de forma incrementalista. A estrutura de programas, projetos e atividades são, na maioria das vezes, repetidas ano após ano com pequenas modificações. A distribuição de valores entre projetos/atividades acaba, muitas vezes, não levando em conta as alterações na realidade da sociedade nem as mudanças de prioridades. São feitas correções lineares muito mais ligadas à variação da receita orçamentária do que na alteração das políticas.

Nessa perspectiva, a SES vem trabalhando na construção de um processo orçamentário democrático e de qualidade, articulado às proposições estratégicas definidas pelo Plano Estadual de Saúde. É atribuição do setor de planejamento, juntamente com o setor financeiro, coordenar o processo de elaboração da proposta orçamentária em parceria com os demais setores/departamentos, a SEPLAG e a SEFAZ. Assim, evita-se o caráter incrementalista citado anteriormente, permitindo a construção de um orçamento mais realista. Entretanto, se por um lado um orçamento realista expressa melhor as intervenções do estado, contribuindo com a transparência, por outro, ele também faz com que os gestores públicos, especialmente das áreas fins, comecem a ter maior preocupação com o planejamento e execução de suas ações. Através de uma melhor discussão e alocação de recursos financeiros, espera-se obter melhores resultados.

A história da regulamentação do Sistema Único de Saúde demonstra como o planejamento das políticas públicas foi aprimorado, visando sempre responder aos desafios encontrados. Para além das questões orçamentárias, os processos de planejamento em saúde vêm se pautando em diferentes condicionantes. A Norma Operacional Básica de 1991, por meio de instruções aos gestores, apontou os aspectos necessários para a implantação e operacionalização do SUS. Para tal, uma nova política de financiamento dos serviços e ações em saúde foi estabelecida, normatizando a operacionalização do financiamento da atividade ambulatorial; os instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação da execução (conselhos e fundos de saúde, consórcios administrativos intermunicipais, relatórios de gestão, programação e orçamentação, planos de aplicação, prestação de contas dos recursos

financeiros recebidos e executados pelos fundos de saúde); o controle e o acompanhamento; e disposições gerais.

Dois anos depois, a NOB/SUS 1993 estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Assim, pretendeu-se aperfeiçoar o gerenciamento do processo de descentralização, o financiamento com recursos arrecadados pela união e as condições de gestão. A descentralização passou a ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo. A reorganização institucional, a reformulação de práticas e o controle social passaram a ser considerados necessários na medida em que a envolvem dimensões políticas, sociais e culturais, e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões.

Em 1996, a portaria MS nº 2.203/96 instituiu a NOB-SUS/96, cuja finalidade foi promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a consequente redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da união, avançando na consolidação dos princípios do SUS. Nela foram normatizados os campos da atenção à saúde, os sistemas de saúde municipais e as relações entre os mesmos, o papel dos gestores estaduais e do gestor federal, a direção e articulação do SUS, as bases para um novo modelo de atenção à saúde, o financiamento das ações e serviços, a programação, o controle, a avaliação e a auditoria, o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial, das ações de vigilância sanitária, das ações de epidemiologia e de controle de doenças, as condições de gestão dos municípios e dos estados e outras disposições gerais e transitórias. Nota-se, portanto, um nível de planejamento do sistema público de saúde mais aprofundado, na medida em que são pensadas e estabelecidas normatizações para a operacionalização do mesmo de maneira pormenorizada.

Em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS/01) atualizou a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, dispôs sobre a regionalização, no que tange a elaboração do seu plano diretor, a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, a qualificação das microrregiões na assistência à saúde, a organização dos serviços de média complexidade e a

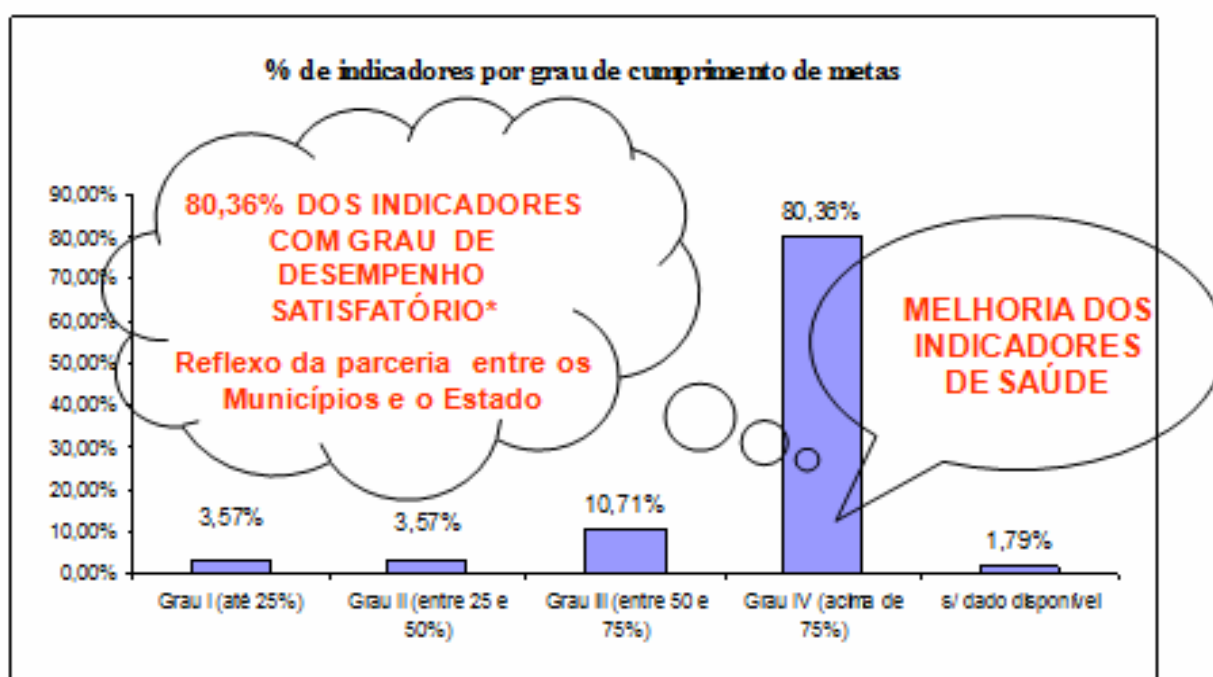
política de atenção de alta complexidade/custo no SUS, o fortalecimento da capacidade de gestão no SUS no que se refere ao processo de programação da assistência das responsabilidades de cada nível de governo, ao processo de controle, avaliação e regulação da assistência, aos hospitais públicos sob gestão de outro nível de governo, os critérios de habilitação e desabilitação de municípios e estados, citando as condições de habilitação e de desabilitação, além de outras disposições transitórias. Um ano depois, a NOAS-SUS/02 atualizou e aprofundou tais questões, instituindo o Termo de Compromisso para a Garantia do Acesso, entre outras determinações que visaram regulamentar a regionalização da assistência à saúde.

Simultaneamente, o processo de pactuação de indicadores iniciado em 1999 com o Pacto de Indicadores da Atenção Básica constituiu-se num instrumento de referência para o monitoramento e a avaliação da gestão em saúde. Ao longo desses dez anos de existência, muitas alterações foram introduzidas através de portarias ministeriais e resoluções da Comissão Intergestores Bipartite – CIB - com o objetivo de qualificar o processo, tornando-o mais abrangente e participativo. Em 2006, o Pacto pela Saúde introduziu novas formas de negociação entre gestores e instituiu a unificação do processo de pactuação de indicadores anteriormente integrantes do Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde – PPI-VS.

São inegáveis os avanços obtidos, principalmente, em relação às estratégias de negociação e aos instrumentos utilizados no processo. A partir de então, pelo menos uma vez ao ano, no momento da pactuação, todos os municípios, em maior ou menor grau de profundidade, desenvolvem reflexão sobre as ações de saúde, definição de metas para as mesmas, monitoramento e análise de resultados. Neste processo, estimulou-se o conhecimento e o uso dos diferentes sistemas de informação em saúde existentes como subsídio ao planejamento e programação. Exemplo desse processo pode ser visto na Figura 31, que apresenta os resultados dos indicadores pactuados obtidos no Rio Grande do Sul no ano de 2008, refletindo a melhoria na saúde da população. Visando fortalecer o desenvolvimento da política pública de saúde brasileira, o Pacto pela Saúde, entre outros princípios, reforça o respeito às diferenças loco-regionais, a qualificação do acesso da população à atenção integral à saúde, a instituição de mecanismos de cogestão e planejamento regional e a valorização da macrofunção de cooperação técnica entre os gestores. Assim, desdobrou-se em Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de

Gestão. Na medida em que pactuam prioridades, objetivos, diretrizes, metas e responsabilidades, inaugura-se um processo de planejamento sem precedentes no SUS, através do qual todos os entes federados projetam ações em consonância e complementaridade.

Figura 31 - Análise do desempenho dos indicadores pactuados no RS, 2008*.



Fonte: Relatório de Gestão, 2008 / ASSTEPLAN/SES-RS

*Metodologia do PlanejaSUS

O Pacto pela Vida estabelece prioridades, objetivos e indicadores que possibilitam monitorar o alcance das metas estipuladas por todos os entes federados. O Pacto em Defesa do SUS trata do compromisso dos gestores com a consolidação da Reforma Sanitária e consequente qualificação do SUS. Já o Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a Descentralização, a Regionalização, o Financiamento, o Planejamento, a Programação Pactuada e Integrada - PPI, a Regulação, a Participação e Controle Social, a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Neste último, entre outras novidades, dada a necessidade de estimular o desenvolvimento de estratégias que fortaleçam a gestão, inicia-se um processo de formalização do sistema de planejamento para o SUS, conhecido como PLANEJASUS,

representando um marco importante para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde.

O Rio Grande do Sul assinou o Termo de Compromisso de Gestão Estadual em 2007. Os municípios gaúchos optaram pela não adesão ao Pacto pela Saúde, embora, atualmente, observe-se um movimento para a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal. Para o gestor estadual, a adesão municipal ao pacto é estratégica, pois permite conhecer as dificuldades dos gestores municipais nas diferentes regiões do estado, permitindo qualificar o planejamento regional e a gestão do SUS. Ressalta-se que, no processo de adesão, é imprescindível a avaliação de resultados e projeção de metas, de modo que estimule o planejamento em saúde de forma descentralizada e regionalizada.

Alguns avanços devem ser considerados. Nessa direção, estabelece-se a necessidade de integrar os instrumentos de gestão de maneira a garantir a inserção das prioridades e responsabilidades pactuadas nos planos de saúde, programações e relatórios de gestão. Através de pesquisa realizada em 2006, o Ministério da Saúde, junto com a Coordenação Geral de Planejamento – CGPL - da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - SPO - buscou delinear o perfil da área de planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, buscou caracterizar a atividade de planejamento no SUS, descrever a infraestrutura, os suprimentos logísticos disponíveis e conhecer o nível de formação e a capacitação em recursos humanos do pessoal atuante. Assim, intensifica-se a política de planejamento em saúde, e o PLANEJASUS tenta responder a um conjunto de desafios inerentes aos gestores do SUS. Busca-se fortalecer uma cultura de gestão, baseada no planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas. Embora a experiência tenha demonstrado a existência de uma tendência instrumental ora muito tecnicista e ora burocratizante, os instrumentos de gestão, além de exigência legal, continuam sendo as principais ferramentas para a construção de estratégias, buscando o planejamento para o desenvolvimento das ações e serviços no SUS.

Na SES-RS, há uma estrutura formal de planejamento que realiza assessoria técnica aos setores da própria Secretaria, às Coordenadorias Regionais de Saúde e às secretarias municipais e, ainda, desenvolve outras atividades relacionadas ao processo de planejamento. Segundo a pesquisa, as secretarias municipais de saúde, em geral, utilizam instrumentos de planejamento (Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão Municipal), mas poucas delas possuem a área de planejamento em seus organogramas.

Entendendo ser o planejamento função prioritária na gestão, diversos esforços têm sido direcionados para a melhora da gestão no SUS: qualificação dos principais instrumentos de gestão; qualificação das ações de planejamento, monitoramento e avaliação; fortalecimento da participação popular e controle social; estímulo ao desenvolvimento de estratégias para melhorar as condições de saúde de populações vulneráveis ou em situação de risco social. Por outro lado, no que tange à educação em saúde, o setor de planejamento tem buscado, em parceria com a Escola de Saúde Pública e o Conselho Estadual de Saúde, criar condições para a implementação de novas tecnologias educacionais e para o desenvolvimento de estratégias de educação popular em saúde.

Algumas dificuldades encontradas dizem respeito à ausência de práticas adequadas de planejamento pelos gestores e às questões inerentes ao processo de trabalho e gestão de pessoas no SUS. Com relação aos recursos humanos, observa-se dificuldade de fixação de pessoal, principalmente nos municípios do interior do estado. Essas pessoas, muitas vezes, são qualificadas e logo substituídas, não permitindo retorno do investimento em qualificação, e gerando necessidade de estimular um processo ininterrupto de capacitação em planejamento. Além disso, a fragmentação dos saberes e práticas, historicamente presente na construção do conhecimento em saúde, pode ser observada no processo de planejamento, dificultando a construção de metodologias integrativas e intersetoriais. Entretanto, o setor de planejamento da SES tem adotado a estratégia de provocar mudanças nos processos de trabalho, priorizando atividades de grupo e/ou equipe.

Na SES, a Assessoria Técnica e de Planejamento – ASSTEPLAN, ao longo do tempo, desempenha atividades relacionadas à assessoria técnica aos diversos setores/departamentos, tanto da própria secretaria, quanto às prefeituras gaúchas. Observa-se um movimento em direção à crítica dos processos internos de trabalho no setor e a germinação de atividades relacionadas ao planejamento propriamente dito. Além disso, o setor de planejamento tem direcionado sua ação para a consolidação de uma cultura de planejamento para o SUS, atentando para a necessária mudança, inclusive, no entendimento do gestor e do trabalhador em saúde, a fim de que o planejamento constitua eixo central na proposição de políticas, gerenciamento de recursos financeiros e processos de trabalho.

Assim, na SES, entre os aspectos facilitadores do processo de planejamento, estão o apoio institucional e o acesso aos processos de decisões, melhoria da infraestrutura física, equipamentos de informática e informação, apesar de contar com uma equipe técnica com

bom nível de formação e experiência em saúde pública e planejamento, apesar de reduzida. Com relação aos aspectos restritivos ao processo de planejamento, observa-se a falta de articulação intra e intersetorial e a dificuldade de acesso à informação, deficiência na capacitação em planejamento do pessoal em atuação na área e insuficiência de pessoal específico e estável para a elaboração de trabalhos de planejamento.

Constatam-se, entretanto, algumas alterações já efetuadas na área de planejamento da Secretaria da Saúde do Estado, como a admissão, em seu quadro funcional, de servidores qualificados, buscando minimizar o problema da carência de pessoal.

No financiamento de ações na área do planejamento, ressalta-se o direcionamento de recursos provenientes de portarias e convênios, os quais têm permitido a qualificação do processo no estado. A SES tem articulado estratégias que permitam a utilização, de forma integrada e ordenada, dos instrumentos fundamentais para o exercício das atividades de planejamento: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão, Plano Diretor de Regionalização e Plano Diretor de Investimento. Para tanto, faz-se necessária uma integração ainda melhor destes com os instrumentos do planejamento orçamentário e financeiro, como o Plano Plurianual - PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO - e a Lei Orçamentária Anual - LOA.

A avaliação da descentralização e da regionalização no âmbito do planejamento aponta para desafios ainda maiores. Percebe-se, nas secretarias municipais de saúde (SMS) do Rio Grande do Sul, certa fragilidade no processo de gestão, levando em conta que o planejamento é instrumento importante na fundamentação e condução desse processo. Muitos não contam com organograma funcional e nem possuem pessoal alocado no planejamento. A integração entre as atividades de planejamento e orçamento é considerada como mediana, e a mesma situação se repete com relação às outras áreas técnicas das SMS. A grande maioria das SMS utiliza os instrumentos de planejamento, sendo o Plano Municipal de Saúde o principal deles. No que se refere ao Relatório de Gestão, observa-se a seguinte situação:

Tabela 74 – Situação atual do Relatório de Gestão Estadual, RS, 2007.

Situação	Municípios	
	Nº	%
RGMS apreciado e aprovado pelo CMS	484	97,6
RGMS em análise pelo CMS	05	01
Sem Informação	07	1,4
Total de municípios	496	100

Fonte: CIB/RS - Em: 19/08/09

O alto índice de 97,6% alcançado pela SES, conforme Portaria MS 1219/2007, que regulamenta a entrega do RGMS aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, representa o acerto da política da SES em relação a este importante instrumento de gestão. Desde 1999, através de decreto estadual, o governo condicionou o repasse de recursos financeiros estaduais aos municípios à entrega regular trimestral do RGMS, política aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde e pela CIB/RS.

Todas as Coordenadorias Regionais de Saúde e os municípios foram capacitados na elaboração deste instrumento que, em 2003, recebeu versão informatizada tanto do aspecto referente aos recursos financeiros quanto daqueles referentes aos indicadores de saúde. Essa versão informatizada facilitou a elaboração do mesmo para os municípios, o acompanhamento pela CRS e a avaliação pelo Conselho Municipal, o que, com certeza, contribui para o cumprimento de 97,6% da meta estabelecida.

Deve-se considerar ainda que haja estratégias de planejamento, informais e/ou difusas, muitas vezes incipientes no Rio Grande do Sul, que, no entanto, articulam as necessidades e os procedimentos na execução da política e sustentam a organização das ações, mesmo que de forma assistemática. Nesse sentido, apontam-se alguns desafios presentes que devem ser superados no âmbito do planejamento:

1. a mudança de paradigma na gestão em saúde, articulando as práticas de planejamento como processo dinâmico e interrelacionado, de forma a completar seu ciclo;
2. o fortalecimento da construção coletiva do planejamento como ferramenta para subsidiar a tomada de decisão, aglutinando os diferentes atores sociais envolvidos no processo, a fim de racionalizar a utilização dos recursos e mediar os conflitos de interesses;

3. a construção de um processo de trabalho de grupo e/ou equipe pautado na valorização do potencial humano do SUS, agindo para desenvolver competências e habilidades para o fortalecimento da política de saúde;

4. a pactuação nas diferentes instâncias de gestão, considerando o Pacto pela Saúde e o Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipais, qualificando as metodologias de monitoramento e avaliação das ações e serviços em saúde.

2 FINANCIAMENTO

O financiamento em saúde no Brasil apresenta-se, de modo geral, de forma controversa e conflitante no cenário das normatizações jurídicas disponíveis sobre o assunto. A temática convida os interessados na discussão do financiamento em saúde a aprofundar a reflexão, realizando estudos e análises quanto à hierarquia das normas jurídicas produzidas pelos legisladores, a fim de formular opinião consistente e de caráter crítico.

Aprofundando alguns elementos-chave para a compreensão da sistemática utilizada na composição dos recursos do setor saúde, destacando o caráter transitório da interpretação legal, observa-se que há necessidade de normatização da matéria por lei complementar, também de interesse do gestor estadual, que substituiria em caráter definitivo a sua regulamentação, que tem sido feita por atos administrativos editados pelo Conselho Nacional de Saúde ou pelo Ministério da Saúde, e que, na definição da hierarquia das normas legais, não possuem poder coercitivo e vinculante sobre os entes federados. Como exemplo, pode-se citar a Resolução nº 322, de 08-05-2003, do Conselho Nacional de Saúde, qualificada como diretriz para a aplicação da regra constitucional, sugerindo como deve o gestor aplicar o percentual constitucional, sem força legal para obrigá-lo a agir de tal forma, haja vista a preponderância da autonomia administrativa dos entes federados que compõem a organização político-administrativa brasileira, caput do artigo 18 da Constituição Federal.

Tramita no Senado Federal Projeto de Lei nº 121/2007, que está sendo amplamente discutido e visa à regulamentação definitiva da matéria. Nesse sentido, o gestor estadual posiciona-se na direção de estimular a agilidade na tramitação do mesmo.

Legislação Federal

· Emenda Constitucional nº 29/2000: alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 189 da Constituição Federal, estabelecendo um percentual mínimo da receita para aplicação de recursos na área da saúde. No caso de estados, municípios e do Distrito Federal, os recursos destinados às ações e serviços de saúde estão vinculados à receita de impostos e transferências constitucionais. No caso da união, o percentual mínimo de aplicação é definido com base na variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB. Os estados devem disponibilizar obrigatoriamente para a saúde 12% de suas receitas, enquanto municípios devem aplicar uma soma de 15%. O desrespeito à lei autoriza a união a intervir nos estados e estes nos seus respectivos municípios. A fiscalização da Emenda Constitucional deve ser feita pelos conselhos de saúde, pelas assembleias legislativas e câmaras municipais e, atualmente, já foi incorporada à Constituição Federal. A emenda estabeleceu, a partir de 2000, a obrigatoriedade de aplicação de um percentual mínimo de 7% da receita de impostos, inclusive as transferências constitucionais e legais. Nos exercícios seguintes, esse percentual foi acrescido, anualmente, à razão de um quinto, até atingir, em 2004, o percentual mínimo de 12% para as receitas estaduais e de 15% para as receitas municipais.

· Lei 4.320, de 17 de março de 1964: esta lei estabelece normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da união, estados e municípios.

· Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993: esta lei estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços (inclusive publicidade), compras, alienações e locações e no âmbito dos poderes da união, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

· Portaria 2.047, de 05 de novembro de 2002: estabelece diretrizes operacionais para a aplicação da Emenda Constitucional 29, da base de cálculo para a definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde.

· Lei Complementar nº 101, de 05 de maio de 2000: estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

· Portaria Interministerial 1.163, de 11 de outubro de 2000: cria o sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde – SIOPS, objetivando acompanhar, fiscalizar e controlar com maior eficiência a aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos em saúde.

Legislação Estadual

· Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO: elaborada anualmente, dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da Lei Orçamentária relativa ao exercício econômico-financeiro do ano seguinte.

· Lei Nº 6.575, de 05 de julho de 1973: autoriza o Poder Executivo a instituir um fundo especial denominado Fundo Estadual de Saúde - FES, cujos recursos se destinam a apoiar, em caráter supletivo, os programas de trabalho relacionados com a saúde individual e coletiva e com o meio-ambiente, desenvolvidos ou coordenados pela Secretaria da Saúde. Esta lei foi regulamentada, de forma complementar, pelo Decreto 33.845, de 04 de fevereiro de 1991.

· Lei 10.697/1996: Autoriza a criação do Cadastro de Inadimplentes – CADIN/RS – das pendências perante órgão e entidades da Administração Pública Estadual e dá outras providências;

· Emenda Constitucional Estadual nº 25/99: fixa a aplicação mínima de 10% da Receita Tributária Líquida – RTL, em ações e serviços de saúde.

· Lei Estadual nº 12.749, de 20 de julho de 2007: dispõe sobre o Plano Plurianual 2008-2011, que prevê a estrutura dos programas, priorizando a Gestão Social com definição de indicadores e o estabelecimento de metas.

Para facilitar a compreensão sobre o tema, cabe salientar que as aplicações em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) estão disciplinadas, no âmbito estadual, pela Emenda Constitucional Estadual nº 25/99 (mínimo de 10% da Receita Tributária Líquida – RTL) e, no âmbito federal, pela Emenda Constitucional Federal nº 29/2000 (mínimo de 12% da Receita Líquida de Impostos e Transferências – RLIT), já citada anteriormente.

Diante disso, entende-se que o conceito de ações e serviços públicos de saúde, na falta dessa regulamentação, deve ser extraído do próprio texto constitucional, cujo art. 200 dispõe, entre outras, que é atribuição do Sistema Único de Saúde a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico. De fato, tal dispositivo da Carta Magna aponta que não pode ser esquecida a íntima ligação existente entre obras que garantam a salubridade das águas destinadas ao consumo humano, o tratamento de resíduos sólidos e esgotos, entre outros gastos envolvendo o saneamento

básico que podem, inclusive, ser entendidos como ações de saúde preventiva em conjunto com as despesas em saúde, entre as quais se destacam gastos com ações de atenção básica, assistência ambulatorial e hospitalar, compra de medicamentos, etc.

O Tribunal de Contas do Estado, por sua vez, com o propósito padronizar o entendimento interno acerca do que dispõem as referidas emendas (com a aprovação dos Relatórios e Pareceres Prévios sobre as Contas do Governador do Estado relativos aos exercícios de 2001 a 2007, no Parecer nº 04/2007 e no Parecer Coletivo nº 01/2003), ressaltou que a proposta de modificação do entendimento em relação ao que se interpreta como sendo, igualmente, Ações e Serviços Públicos de Saúde, para fins de cumprimento pelo Poder Executivo do Estado dos percentuais pertinentes ao Fundo de Saúde, instituído pela EC nº 29/00, as contribuições do IPE, para o atendimento médico dos servidores públicos do Estado, e, também, os custos dos serviços de saneamento básico da CORSAN, possui caráter transitório, vigente enquanto não editada a Lei Complementar específica imposta pelo § 3º do artigo 198 da Constituição da República, o que exigirá novo exame da questão.

Dessa forma, considerando a inclusão das contribuições do Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul - IPERGS - para assistência médica dos servidores e o custo dos serviços de saneamento básico prestados pela CORSAN, acima referidas, em 2007 verifica-se que o montante de aplicação em ASPS foi de R\$ 1.581.863.013,88, equivalente a 13,42% da Receita Líquida de Impostos e Transferências – RLIT, atendendo a exigência de aplicação em ações de saúde. No ano de 2008, considerando o Balanço Geral do Estado referente ao exercício financeiro do corrente ano, a aplicação foi equivalente a 13,29% da Receita Líquida de Impostos e Transferências – RLIT, conforme apresenta a tabela 75, em série histórica, desde 2001.

Tabela 75 – Série histórica da Participação das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde na Receita Líquida de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais, RS, 2001-2008.

Especificação								
1- Origem de Recursos	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1.1- Receita Líquida de Impostos e Transferências	6.613.513.079,69	7.321.272.008,86	8.646.037.488,18	9.176.150.804,38	10.612.339.639,24	11.072.986.272,67	11.788.716.343,59	14.123.286.151,14
2- Aplicação dos Recursos								
2.1- Saúde	567.544.255,39	656.415.598,72	1.198.271.950,65	1.376.952.116,83	1.493.264.425,94	1.548.546.251,28	1.581.853.013,88	1.749.211.999,99
2.1.1-Pessoal e Encargos	306.982.676,44	374.094.071,05	409.136.439,72	419.322.290,79	405.001.057,19	451.419.229,68	500.550.450,12	586.367.140,01
2.1.2-Saneamento Básico - CORSAN			496.180.398,71	621.338.291,25	702.548.447,00	723.471.591,95	785.516.717,88	697.540.955,13
2.1.3-Outras Despesas Correntes	249.039.689,20	274.610.392,79	290.814.818,55	310.718.275,87	360.786.045,25	356.969.511,07	289.324.581,11	439.918.296,89
2.1.4-Investimentos	4.624.465,58	3.373.894,46	1.056.102,26	2.596.718,45	13.075.684,35	16.685.644,55	6.461.082,88	25.385.607,06
2.1.5-Inversões Financeiras	6.897.424,17	4.337.240,42	1.084.191,41	22.976.305,82	11.852.975,07			
2.1.6-Amortização da Dívida				234,65	217,08	274,03	181,89	
3 - Percentual mínimo a ser aplicado	8,00%	9,00%	10,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%
4 - *Percentual de Aplicações (2.1. / 1.1)	8,58%	8,97%	13,86%	15,01%	14,07%	13,98%	13,42%	12,39%
População cfe IBGE	10.254.954	10.317.984	10.377.446	10.433.449	10.486.207	10.536.009	10.582.840	10.635.754
Aplicação de Recursos Estaduais per capita	55,34	63,62	115,47	131,97	142,4	146,98	149,47	164,93

Fonte: Controladoria Geral do Estado – Balanço Geral do Estado

A tabela 76 demonstra um resumo da tabela anterior, apresentando os valores liquidados pelo Fundo Estadual de Saúde - FES, incluindo custos de serviços de saneamento e despesas em saúde executadas em orçamentos de outros órgãos do governo.

Tabela 76 - Participação das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde na Receita Líquida de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais, RS, 2007-2008.

ESPECIFICAÇÃO	2007	2008
1 – Origem dos Recursos		
1.1 – Receita Líquida de Impostos e Transferências	11.788.716.343,59	14.123.286.151,14
2- Aplicação de Recursos		
2.1 - Saúde	1.581.853.013,88	1.749.211.999,09
2.1.1 – Pessoal e Encargos	500.550.450,12	586.367.140,01
2.1.2 – Custos de Serviços - CORSAN	785.516.717,88	697.540.955,13
2.1.3 – Outras Despesas Correntes	289.324.581,11	439.918.296,89
2.1.4 - Investimentos	6.461.082,88	25.385.607,06
2.1.5 – Inversões Financeiras	-	
2.1.6 – Amortização da Dívida	181,89	
3 - * Percentual de Aplicações (2.1 / 1.1)	13,42%	12,39%

Fonte: Contadoria e Auditoria Geral do Estado – Balanços Gerais do Estado - RS

Com base no entendimento do Tribunal de Contas do Estado - TCE/RS, responsável pelo controle e fiscalização das contas públicas, há regularidade na aplicação de recursos em saúde no Rio Grande do Sul, com utilização de metodologia adequada para apuração do percentual mínimo de investimento em áreas e serviços de saúde. Essa informação é corroborada pelo Supremo Tribunal Federal - STF, no deferimento da liminar requerida pela Procuradoria-Geral do Estado na Ação Cautelar nº 2040, publicado no Diário de Justiça Eletrônico em 20 de maio de 2008, determinando a suspensão da inscrição do Rio Grande do Sul no Cadastro Único de Convênios - CAUC.

É de conhecimento comum que há insuficiência de recursos financeiros para atender as diversas necessidades de saúde da população, o que demanda estudo das prioridades e racionalidade na aplicação dos recursos financeiros, tendo em vista a melhoria dos resultados obtidos. Embora essa dificuldade exista de forma concreta, a partir da análise de dados do Balanço Geral do Estado, pode-se observar que, no período de 2001 a 2008, houve um incremento de 78,68% na aplicação de recursos estaduais em saúde per capita, que evoluiu de R\$ 55,34, em 2001, para R\$ 98,88, em 2008, enquanto a receita líquida de impostos aumentou 113,55% no período. Pode-se compreender esse avanço em relação ao

financiamento da saúde no Rio Grande do Sul como o crescente aumento da consciência dos gestores em relação aos impactos positivos da saúde sobre os demais setores da economia, bem como através do aumento da participação popular na definição das prioridades de suas comunidades, que, ao longo dos anos, privilegia investimentos em saúde.

A partir da inclusão dos custos de serviços de saneamento básico nas despesas com saúde, conforme o entendimento acima explicitado, sobre as ações de saneamento básico como estratégia de prevenção de doenças e promoção da saúde, observa-se que o estado alcança de 2004 a 2008, o percentual exigido de aplicação de recursos da receita líquida de impostos e transferências constitucionais em despesas com ações e serviços públicos de saúde: em 2003 (10% por 13,86%); 2004 (12% por 15,01%); 2005 (12% por 14,07%); 2006 (12% por 13,98%); 2007 (12% por 13,42%); e 2008 (12% por 12,39%). No período analisado, face ao aumento na receita líquida de impostos de 113,55%, a aplicação per capita de recursos estaduais no setor saúde foi de 198,03%, incremento este devido, principalmente, à junção das ações de saneamento básico com as práticas preventivas em saúde.

Quanto aos recursos estaduais, houve um importante incremento nos valores efetivamente repassados aos municípios de 2006 a 2008, na ordem de 149,80%, o que é fundamental, uma vez que é responsabilidade constitucional dos municípios a prestação de serviços de atenção à saúde (tabela 77). O estado, assim como o governo federal e os municípios, são corresponsáveis pelo financiamento solidário do SUS.

Tabela 77 – Recursos repassados a municípios, fonte estadual, RS, 2006-2008.

ANO	2006	2007	2008
RECURSOS ESTADUAIS	47.132.201,15	56.035.831,65	117.738.847,03

Fonte: FES/SES-RS

Ao mesmo tempo, observa-se que foram pagos diretamente a instituições privadas com e sem fins lucrativos valores maiores que aqueles destinados aos municípios nos anos de 2006 e 2007 e, apenas 13,51% menores em 2008 do montante transferido nos anos anteriores, expressando coerência com o fato de somente 15 municípios no estado terem assumido a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Cabe, então, à SES, a responsabilidade pela gestão e gerência da média e alta complexidade nos demais 481 municípios gaúchos (tabela 78).

Tabela 78 – Valores pagos a instituições privadas com e sem fins lucrativos, fonte estadual, RS, 2006-2008.

ANO	2006	2007	2008
RECURSOS ESTADUAIS	71.901.456,46	76.417.188,33	103.730.775,98

Fonte: FES/SES-RS

Recursos Federais

Os recursos federais repassados ao Fundo Estadual de Saúde (FES) são gerenciados integralmente pela SES, constando anualmente na peça orçamentária. O FES é responsável pela execução orçamentária e financeira. Destaca-se entre os valores repassados do Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao FES, em 2007 e 2008, no total de R\$ 1.155.963.703,76, conforme tabela abaixo, o montante da Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde, que totalizou R\$ 1.054.702.643,96; o valor referente às portarias/MS do Teto Financeiro de Controle de Vigilância Epidemiológica, que atingiu R\$ 9.792.117,70; o valor repassado para desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária, que totalizou R\$ 3.724.794,78; o valor previsto nas portarias/MS para Prevenção, Tratamento e Controle de DST/AIDS, que totalizou R\$ 2.342.681,74; e o ressarcimento federal sobre gastos do estado com aquisição de medicamentos excepcionais, que alcançou o montante de R\$ 70.928.581,68. Foi repassado também, entre outras portarias e convênios federais, o valor total de R\$ 14.472.883,90.

Tabela 79 – Recursos financeiros federais transferidos ao RS, 2007-2008*.

ANO	RECURSOS FINANCEIROS TRANSFERIDOS AO RS (em R\$)
2007	520.249.368,33
2008	635.714.335,43
TOTAL	1.155.963.703,76

Fonte: FES/SES-RS

*Excluídos valores repassados diretamente aos FMS dos 15 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal

Execução Financeira Estadual

Sendo o órgão responsável pelas finanças do Estado do Rio Grande do Sul, a Secretaria da Fazenda – SEFAZ-RS arrecada os recursos provenientes de tributos estaduais, fiscaliza os contribuintes para garantir que estão recolhendo o tributo devido, distribui os recursos entre os diferentes órgãos públicos de acordo com o orçamento, paga os fornecedores do estado, contabiliza e controla para que não haja mau uso dos recursos pelos agentes públicos. Por essa ampla atribuição, a Secretaria da Fazenda envolve-se em todos os atos que impliquem movimentação financeira, orçamentária ou patrimonial do governo, relacionando-se com todos os órgãos e poderes do estado.

Na SES, o acompanhamento e enquadramento contábil, bem como a execução orçamentária, são realizados pelo Fundo Estadual de Saúde - FES, instituído pela Lei 6.575/73 e regulamentado pelo Decreto 33.845/91. O FES gerencia os recursos financeiros oriundos do governo federal e os recursos repassados pelo tesouro estadual para serem transferidos aos fundos municipais de saúde. Também programa e acompanha a execução de todos os recursos orçamentários conforme diretrizes estabelecidas pela própria SES. Os recursos gerenciados pelo FES, tanto do tesouro, quanto aqueles oriundos do governo federal, obedecem rigorosamente às legislações federais e estaduais no que tange à sua execução.

Se considerarmos apenas os valores alocados no orçamento da SES (órgão 20), pode-se verificar que os valores liquidados em 2007 e 2008 representaram, respectivamente, 90,97% e 94,89% da dotação em cada ano, com alterações nos períodos, demonstrando que as peças orçamentárias tiveram uma excelente execução (tabela 80).

Tabela 80 – Dotação Orçamentária da SES e Liquidação dos Recursos do Orçamento do Órgão 20, RS, 2007-2008.

Recursos alocados no Orçamento da SES - Órgão 20
Valores DOTAÇÃO ALTERAÇÃO e TOTAL LIQUIDADO - 2007 e 2008 - Recursos do Tesouro

Projeto/Atividade	DOTAÇÃO ALTERAÇÃO (2007)	VALOR LIQUIDADO (2007)	% LIQUIDADO	DOTAÇÃO ALTERAÇÃO (2008)	VALOR LIQUIDADO (2008)	% LIQUIDADO
1824				1.507.500,00	1.507.500,00	100,00%
1856				3.000.000,00	1.699.374,60	56,65%
1883				141.000,00	11.750,00	8,33%
5555				678.600,00	670.000,00	98,73%
5556				200.000,00	200.000,00	100,00%
5557				790.500,00	623.000,00	78,81%
5619	936.274,96	611.138,96	65,27%	9.717.208,01	6.232.785,57	64,14%
6255	44.000,00	-	0,00%	125.080,40	2.150,08	1,72%
6284	1.591.354,00	1.467.799,98	92,24%	27.425.400,00	23.764.784,81	86,65%
6292	6.594.295,00	6.515.200,00	98,80%	9.000.000,00	8.989.000,00	99,88%
6300	28.627.500,00	27.783.640,00	97,05%	61.017.791,99	61.010.005,00	99,99%
6301	137.000,95	-	0,00%	417.019,50	48.949,99	11,74%
TOTAL ESTRUTURANTES	37.930.424,91	36.377.778,94	95,91%	114.020.099,90	104.759.300,05	91,88%
1855				4.312.000,04	4.312.000,04	100,00%
2184	2.199.999,25	2.199.999,25	100,00%	4.400.000,00	4.399.998,58	100,00%
2485	4.211.315,00	4.199.289,44	99,71%	394.290,96	342.350,15	86,83%
2486	27.437.674,06	26.257.444,03	95,70%	28.927.408,48	28.927.408,48	100,00%
2487	118.347,00	91.813,17	77,58%	2.000.000,00	1.142.319,19	57,12%
2488	149.984.410,07	146.860.780,35	97,92%	140.941.728,00	140.520.604,40	99,70%
2509	233.000,00	61.040,87	26,20%	116.636,22	60.860,01	52,18%
2696	8.505.342,00	7.683.728,89	90,34%	5.076.266,04	5.076.266,04	100,00%
2697	4.274.515,65	4.127.355,00	96,56%	4.186.000,00	3.729.297,04	89,09%
2721	1.540.095,38	1.181.055,44	76,69%	3.542.386,00	1.111.355,08	31,37%
5611	10.000,00	-	0,00%	-	-	-
5612	60.000,00	-	0,00%	-	-	-
5614	107.000,00	-	0,00%	-	-	-
5615	107.000,00	-	0,00%	-	-	-
5616	107.000,00	-	0,00%	-	-	-
5617	10.000,00	-	0,00%	-	-	-
5618	20.000,00	-	0,00%	-	-	-
5620	5.887.721,84	5.276.407,59	89,62%	4.740.000,00	4.732.164,13	99,83%
6079				5.000.000,00	4.660.912,96	93,22%
6182				65.438.585,45	61.117.136,92	93,40%
6185				3.385.604,46	3.346.459,63	98,84%
6193				16.739.405,83	14.701.154,42	87,82%
6253	85.000,00	-	0,00%	1.233.000,00	1.055.840,45	85,63%
6254	1.519.356,80	955.684,09	62,90%	799.400,00	644.015,28	80,56%
6256	75.000,00	-	0,00%	-	-	-
6257	33.000,00	-	0,00%	-	-	-
6260	33.000,00	-	0,00%	-	-	-
6261	10.000,00	-	0,00%	-	-	-
6262	13.482.499,00	3.398.609,37	25,21%	4.416.091,57	3.945.296,29	89,34%
6263	10.000,00	-	0,00%	-	-	-
6264	203.884,00	16.569,66	8,13%	20.000,00	2.922,53	14,61%
6266	33.000,00	-	0,00%	-	-	-
6268	22.000,00	-	0,00%	-	-	-
6271	22.000,00	-	0,00%	38.619,40	8.619,40	22,32%
6272	400.000,00	-	0,00%	-	-	-
6273	1.046.486,69	900.000,00	86,00%	1.854.249,04	1.814.400,00	97,85%
6275	61.000,00	-	0,00%	10.000,00	-	0,00%
6276	61.000,00	-	0,00%	1.550.000,00	1.550.000,00	100,00%
6277	356.000,00	400,00	0,11%	2.125.000,00	1.029.490,04	48,45%
6282	2.527.644,50	2.527.644,50	100,00%	-	-	-
6283	22.000,00	-	0,00%	-	-	-
6285	106.000,00	-	0,00%	-	-	-
6286	90.905.243,00	71.708.079,74	78,88%	87.532.136,13	81.538.190,56	93,15%
6287	1.704.144,00	1.691.388,40	99,25%	16.448.000,00	15.873.701,57	96,51%

Recursos alocados no Orçamento da SES - Órgão 20
Valores DOTAÇÃO ALTERAÇÃO e TOTAL LIQUIDADO - 2007 e 2008 - Recursos do Tesouro

Projeto/Atividade	DOTAÇÃO ALTERAÇÃO (2007)	VALOR LIQUIDADO (2007)	% LIQUIDADO	DOTAÇÃO ALTERAÇÃO (2008)	VALOR LIQUIDADO (2008)	% LIQUIDADO	
6290	PRODUCAO DE MATERIAL TECNICO-CIENTIFICO	1.000,00	-	0,00%	-	-	
6291	CAPACITACAO E ATUALIZACAO	1.120.000,00	789.137,38	70,46%	-	-	
6291	CAPACITACAO E ATUALIZACAO	100.000,00	-	0,00%	-	-	
6293	DIVULGACAO DO PROGRAMA E MOBILIZACAO DA SOCIEDADE	11.000,00	-	0,00%	-	-	
6294	CONTROLE E AVALIACAO DO PROGRAMA	30.000,00	-	0,00%	-	-	
6296	MANUTENÇÃO HPSP	31.473.223,78	30.389.328,69	96,56%	34.285.001,42	33.169.729,97	96,75%
6297	ATENDIM.URGENCIA/EMERGEN.	11.000,00	7.990,00	72,64%	-	-	
6298	CUCA LEGAL	129.511,00	-	0,00%	14.154,91	2.259,91	15,97%
6299	ATENCAO INTEGRAL A SAUDE MENTAL	369.221,78	-	0,00%	-	-	
6302	PROMOCAO E DIVULGACAO DO PSF	10.000,00	-	0,00%	-	-	
6484	MANUTENÇÃO HCI	7.004.920,01	5.673.714,01	81,00%	8.655.127,04	6.087.924,45	70,34%
6589	MANUTENÇÃO MURIALDO	1.067.680,39	722.963,18	67,71%	980.105,79	767.065,72	78,26%
6590	MANUTENÇÃO ADS	738.000,00	397.659,70	53,88%	591.330,00	421.363,79	71,26%
6591	MANUTENÇÃO CRS	4.777.278,00	3.364.932,68	70,44%	4.239.184,57	3.540.733,89	83,52%
6603	VERÃO LEGAL	1.059.650,00	1.057.850,00	99,83%	-	-	
7102	REGIÃO RESOLVE-CONSULTA POPULAR	10.381.701,15	9.112.594,00	87,78%	24.323.461,83	20.441.074,46	84,04%
7104	SALVAR - CONSULTA POPULAR	366.270,00	366.270,00	100,00%	-	-	
7106	SANEAMENTO COMUNITARIO-CONSULTA POPULAR	321.091,00	267.148,00	83,20%	-	-	
7108	SAUDE DA FAMILIA - CONSULTA POPULAR	2.674.916,00	2.385.943,00	89,20%	-	-	
8030	PUBLICIDADE	500.000,00	-	0,00%	-	-	
8044	REG.REDE ATENCAO SAUDE	-	-	-	-	-	
8045	ATENCAO INTEGRAL DE SAUDE	-	-	-	-	-	
8046	PROSAN	647.588,00	113.342,35	17,50%	950.000,00	780.910,99	82,20%
8047	SIST. EST. INFORM. EM SAUDE	37.000,00	-	0,00%	-	-	
8048	ASSISTENCIA FARMACEUTICA	-	-	-	-	-	
8071	ASSIST.COMP.DEMANDAS EMER	174.046,39	137.961,98	79,27%	300.000,00	271.459,76	90,49%
8072	REGULACAO ASSISTENCIAL	53.000,00	-	0,00%	132.000,00	83.225,67	63,05%
8073	CONTRAPARTIDA DO ESTADO	503.513,61	254.101,06	50,47%	211.000,00	185.165,26	87,76%
8077	CO-FINANCIAMENTO HOSPITAIS	31.891.468,00	31.828.504,00	99,80%	36.367.293,04	36.166.293,04	99,45%
8511	FUNAFIR	1.821.593,00	1.500.307,47	82,36%	434.291,00	430.821,33	99,20%
8820	ENCARGOS COM INATIVOS SES	119.155.531,26	118.367.514,99	99,34%	130.335.334,00	129.263.048,84	99,18%
9048	MANUTENÇÃO DVS	818.000,00	459.128,76	56,13%	777.394,15	717.357,10	92,28%
9062	MUNIC. SOLIDARIA DA SAUDE	-	-	-	-	-	
9068	DOAÇÃO DE ÓRGÃO E TRANSPLANTES	371.000,00	175.589,84	47,33%	200.800,00	132.882,81	66,18%
9069	ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR	59.235.611,00	52.410.426,46	88,48%	28.130.533,56	26.907.043,42	95,65%
9085	CAPACITACAO DE EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	75.000,00	-	0,00%	-	-	
TOTAIS DEMAIS PROJETOS		594.461.492,61	538.919.697,34	90,66%	676.153.818,93	645.011.123,60	95,39%
TOTAL		632.391.917,52	575.297.476,28	90,97%	790.173.918,83	749.770.423,65	94,89%

Fonte: FES/SES-RS

Além dos repasses regulares fundo a fundo para os municípios, a SES-RS repassa recursos a diversos hospitais, fundações, consórcios e universidades através de instrumento convencional, contratos e outros instrumentos, em atendimento a demandas diversas, em especial da consulta popular. Os recursos financeiros investidos no Rio Grande do Sul pela consulta popular estão apresentados no capítulo referente aos "Investimentos em Saúde".

Entre as ações contempladas com recursos estaduais destacam-se construção, ampliação e reforma de hospitais e postos de saúde; programa de qualificação da gestão hospitalar; equipamentos, material de consumo e permanente para hospitais e postos de

saúde; aquisição de serviços de média complexidade, atenção a usuários de álcool e drogas, órteses e próteses, incentivo à expansão das equipes da Estratégia de Saúde da Família, Programa Primeira Infância Melhor, Programa de Prevenção à Violência, incentivo à doação e captação de órgãos para transplantes, qualificação do cuidado de gestantes de alto risco e outras.

Os convênios e os contratos são firmados para repasse de recursos financeiros à instituições/entidades privadas, com fins lucrativos, ou filantrópicas, sem fins lucrativos. Os termos de compromisso são firmados entre a SES e os municípios, sendo que os repasses financeiros são realizados fundo a fundo, de acordo com a legislação vigente.

A SES repassa, também, recursos a instituições de ensino e a alguns estabelecimentos de saúde, através de termos de cooperação técnica, cuja finalidade é desenvolver e implantar programas inovadores em saúde, com disponibilização de investimentos para ampliação da oferta de novas tecnologias que busquem qualificar o setor saúde.

Tabela 81 - Recursos financeiros repassados pela SES, convênios, contratos, termos de compromisso, termos de cooperação técnica, R\$, 2006-2008*.

Ano	Valor (R\$)
2006	61.476.192,00
2007	62.678.626,00
2008	68.098.927,50

Fonte: FES/SES-RS

*Inclui repasses FUGAST, FUC, FURG, Hospitais Filantrópicos

Para finalizar, cabe destacar que o Relatório de Gestão de Saúde consitui-se num importante instrumento para avaliação das ações e serviços realizados e da aplicação de recursos na área da saúde, tanto para a gestão municipal quanto para a gestão estadual. A apresentação deste documento é de caráter obrigatório para os gestores do SUS, devendo ser submetido à aprovação do respectivo Conselho de Saúde e apresentado para ciência do Poder Legislativo. Atualmente a SES conta com o sistema informatizado de Monitoramento da Gestão em Saúde – Módulo Financeiro - MGS, que disponibiliza relatórios financeiros a partir da apresentação trimestral dos relatórios de gestão municipais de saúde.

Cabe salientar ainda que a SES disponibilizou recursos financeiros além dos citados, não havendo, entretanto, a efetivação de vários pagamentos devido a pendências de credores municipais e/ou entidades privadas no Cadastro de Inadimplentes - CADIN/RS.

3 INVESTIMENTOS EM SAÚDE

Se a análise situacional das condições de saúde da população é importante para estabelecermos quais os problemas de saúde que devem ser priorizados na construção de ações, diretrizes e metas da SES, conhecer o panorama geral do histórico dos investimentos no estado permite a visualização das estratégias e ações anteriores que foram executadas e que, de certa forma, estão diretamente relacionadas com o atual perfil de saúde da população. Nesta lógica, mostra um breve panorama dos investimentos da Secretaria Estadual de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul a partir da década de 90.

A análise dos investimentos foi realizada através dos livros do orçamento do estado e, apesar dos dados refletirem uma previsão de gastos e não o gasto efetivo, considera-se uma boa fonte para levantamento, visto que reflete a linha de prioridade de investimentos. Outra questão importante a esclarecer é o conceito de investimento que, neste caso, refere-se aos recursos gerais previstos, incluindo os dois grupos de despesa - capital e custeio.

Investimentos década de 90

As modificações ocorridas no final de década de oitenta, principalmente a integração do SUDS, acarretaram mudanças significativas na década de noventa. Além dos gastos com construção, ampliação e reforma de unidades de saúde, com inclusão terapêutica homeopática e com investimentos em desenvolvimento biotecnológico da rede laboratorial, já iniciados no final de oitenta, destacaram-se o início da instalação do Centro de Referência Humanística (Centro Vida), em 1990, e o início da construção do Hospital de Caxias, em 1991. Ainda neste ano, iniciaram-se gastos com publicidade na SES.

A principal modificação foi a inclusão de investimentos para a manutenção do Conselho Estadual de Saúde, em 1992 e, a partir de 1993, para a formulação e coordenação do Sistema Único de Saúde, objetivando a universalização da assistência e a garantia de acesso igualitário aos serviços a toda a população. Outra modificação foi o início da municipalização dos serviços de saúde neste mesmo ano, visando à transferência de recursos do estado aos municípios, baseado na NOB/SUS/93. Apesar da inclusão no orçamento, não houve a transferência de recursos. A partir de 1999, a transferência aos municípios passou a ser executada de acordo com os critérios definidos pela NOB/SUS/93.

No início da década, em 1992, tem-se ainda o início de investimentos na implantação do Centro de Transplante de Medula Óssea e na implantação da Central Telefônica para Emergências. Iniciam-se, neste momento, os investimentos na área de saúde do trabalhador, em especial, a implantação do Centro de Saúde do Trabalhador. Em 1993, iniciaram-se os investimentos na central de marcação de consultas especializadas e no sistema de saúde comunitária - articulação da atenção básica com os outros níveis de atenção (referência e contrarreferência).

Destaca-se ainda, nesta década, a implementação de diversos "programas" no estado, como o Programa de Saúde Bucal, em 1992, o de Prevenção e Controle de DST e o de Saúde Mental (ampliação de leitos e construção de 20 CAPS), em 1993. Ainda neste ano, investe-se no plano de prevenção da cólera e na expansão da terapêutica por acupuntura, homeopatia e fitoterapia. Ainda na linha de investimentos na saúde do trabalhador, em 1995, há gastos com a "Avenida do Trabalhador" (investir na rede localizada ao longo da avenida do Trabalhador). Seguindo a linha de programas, tem-se em 1997, a implementação do Programa Piá 2000 (risco nutricional e vulnerabilidade social), Programa de Doação de Órgãos e Transplantes, Programa de Atenção às Pessoas Portadoras de Deficiências e o Plano de Erradicação do Vetor da Dengue.

Em 1994, inicia-se a implementação do Programa Estadual de Sangue e Derivados, visando o controle de qualidade dos mesmos. Em consonância, com este programa, em 1995, o Programa de Controle de DST inclui o Controle e Prevenção da AIDS, iniciando, assim, investimentos mais altos nesta área, juntamente com verbas do governo federal e Banco Mundial. Em 1996, tem-se, nesta linha, a conclusão dos hemocentros de Santa Rosa e Santa Maria.

A partir da metade da década, percebe-se, também, a ênfase de investimentos nas Unidades de Saúde (ampliação/manutenção de 50 UBS, em 1995, e recuperação de 200 UBS, em 1996). Em contrapartida, inicia-se o investimento no fortalecimento da frota automotiva, com a aquisição de kombis, ambulâncias e carros administrativos, em 1995 e 1996. Destaca-se, também a implementação de hospitais municipais e filantrópicos e a conclusão de hospitais de 26 municípios, entre eles, Barra do Ribeiro, Guaíba, Jaquirana, Veranópolis, Nova Prata, São Gabriel, etc.

Outra importante modificação foi a criação do Fundo Estadual de Saúde – FES - como unidade orçamentária da secretaria, em 1995. Além disso, a partir de 1996, iniciaram-se os

investimentos do REFORSUS por iniciativa do MS, com financiamento do BIRD e do BID, com o objetivo de melhorar a capacidade e eficiência do SUS, mediante a recuperação física e tecnológica da rede assistencial e de ações que visavam incrementar a capacidade da gestão do sistema. A SES apresentou projetos nos dois componentes: componente I – readequação física e tecnológica da rede assistencial, com investimentos diversos nos hospitais de Alvorada, Cachoeirinha, Hospital Geral de Caxias do Sul, Pronto Socorro do Hospital Getúlio Vargas de Sapucaia do Sul, equipamentos para o PSF, modernização gerencial do LACEN, hemocentros regionais de Pelotas e Santa Maria; componente II - pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família.

O componente II financiou a implantação da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS), no Rio Grande do Sul denominada Rede Gaúcha de Informações em Saúde, com o objetivo de dotar o SUS de comunicação eletrônica, serviços de rede e acesso a informações em saúde através da internet. Foram adquiridos 173 microcomputadores, 149 impressoras, 130 estabilizadores e 6 *switchs* (equipamento para redes de computadores) que foram distribuídos para municípios e Coordenadorias Regionais de Saúde. Além disso, foram realizados vários seminários de integração e capacitação de servidores estaduais e municipais nesta área.

Em 1999, foram definidas as sete macrorregiões de atenção integral à saúde, aprovadas pela CIB/RS e pelo CES/RS. Esta definição teve como objetivo garantir aos usuários do SUS uma nova organização para as ações de promoção e proteção, apoio diagnóstico e atendimento ambulatorial, tendo os hospitais polos como referência.

De um modo geral, ao longo da década de 90, destacam-se na implementação do SUS os diversos programas de saúde, especialmente o da AIDS e o de controle de sangue e derivados, a conclusão dos hospitais municipais e unidades sanitárias e a aquisição de ambulâncias e automóveis como linhas de investimento em saúde na década. A partir do final da mesma, identificam-se mudanças nos investimentos em saúde.

A análise dos orçamentos e balanços do período de 2000 a 2007 detalham as diretrizes e estratégias escolhidas pelos gestores estaduais para a implantação das políticas de saúde. Observa-se que permaneceram nos orçamentos os recursos para a manutenção da infraestrutura do nível central, das Coordenadorias Regionais de Saúde, da Escola de Saúde Pública, dos hospitais próprios, do Centro de Saúde Murialdo, recursos para publicidade no SUS, as despesas com os encargos gerais, os projetos e atividades para a gestão e apoio às

políticas de saúde (atenção integral de saúde, doação de órgãos e transplantes, saneamento comunitário – PROSAN, assistência complementar, política de sangue e hemoderivados, segurança alimentar, assistência farmacêutica, prevenção e controle da AIDS, vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador, entre outras).

Em julho de 2003, sob coordenação da Secretaria de Coordenação e Planejamento do RS, foi formulado novo modelo de Planejamento e Gestão por Programas, de acordo com os princípios utilizados também pelo governo federal. A elaboração do PPA foi precedida de discussões das equipes técnicas envolvidas, buscando a introdução de avanços conceituais na técnica de planejamento e gestão pública. O PPA 2004-2007, aprovado sob a lógica de programas a serem desenvolvidos através de ações, resultou em projetos e atividades nos orçamentos a partir de 2004. Desde então, para cada ação proposta no PPA, encontra-se um projeto ou uma atividade orçamentária prevista.

Em 2008, houve reorganização e modificação do orçamento, considerando a elaboração do PPA referente ao período 2008-2011. Apesar de continuarem os investimentos em setores prioritários como de Saúde da Família, medicamentos de alto custo e Consulta Popular, a principal modificação foi a criação do Programa Estruturante Saúde Perto de Você, que incluiu dois grandes projetos: “Prevenção à Violência” e “Saúde Mais perto de Casa”, para os quais foram previstos recursos específicos no orçamento de 2008. Destaca-se ainda a inclusão de recursos específicos para a implantação da Escola Técnica do SUS (ETSUS), para leitos de UTI Neo-Natal e para a Regionalização da Saúde (implantação das redes de referência de média e alta complexidade).

Consulta Popular

A Consulta Popular, desde 2003, vem sendo a principal estratégia de distribuição de recursos para atender as prioridades da população. Dar-se-á relevância, neste momento, aos aspectos que dizem respeito aos investimentos em saúde realizados através da Consulta Popular no Rio Grande do Sul.

A Consulta Popular, regulada pela PT 046/2006, visa definir a parcela do orçamento da SES voltada aos investimentos e serviços de interesse municipais e regionais conforme legislação em vigor. É um processo de participação popular no qual a população escolhe e

vota quais as ações de governo que gostaria de ver realizadas em seu município ou região. Na área da saúde, são disponibilizados projetos de investimentos e serviços de interesse municipal e regional de acordo com os programas finalísticos do Plano Plurianual - PPA: Região Resolve, Salvar – Programa Integrado de Atendimento Pré-Hospitalar para Urgências e Emergências, Saúde Mental, Saneamento Comunitário e Programa de Saúde da Família-PSF.

Os Conselhos Municipais de Desenvolvimento – COMUDES, e os vinte e oito Conselhos Regionais de Desenvolvimento – COREDES, participam do processo sistematizando as prioridades municipais/regionais e opinando sobre programas de desenvolvimento.

A coordenação executiva da consulta direta à população é feita pela Comissão Estadual de Coordenação da Consulta Popular, presidida pela Secretaria de Relações Institucionais (SRI), com participação intersetorial, incluindo representantes de outras secretarias estaduais e da Federação de Associações de Municípios do Rio Grande do Sul - FAMURS.

Os recursos disponíveis para investimento em ações e serviços regionais e municipais têm sido distribuídos proporcionalmente à população de cada região, obedecendo às ponderações de distribuição segundo o Índice de Desenvolvimento Social e Econômico - IDESE, calculado pela Fundação de Economia e Estatística Sigfried Emanuel Heuser - FEE.

Compete aos COREDES e aos COMUDES organizar a Consulta Popular, que é precedida de audiências públicas municipais e regionais. A votação é realizada em cada município das regiões dos COREDES legalmente constituídos, em data única a ser definida anualmente pela Comissão Geral de Coordenação. As prioridades são decididas pelos cidadãos, por voto secreto em urna ou por meio eletrônico, estando habilitados a votar apenas os indivíduos com domicílio eleitoral na região geográfica do COREDES correspondente.

Após a escolha das prioridades, estas são incluídas no orçamento anual da SES e terão execução financeira garantida através da transferência de recursos para as prefeituras municipais, hospitais e consórcios intermunicipais de saúde, beneficiários da Consulta Popular. Para a operacionalização desta etapa, os proponentes/beneficiários devem apresentar um plano de trabalho específico, com aprovação do Conselho Municipal de Saúde e da Coordenadoria Regional de Saúde a que estiverem vinculados. Após a análise do plano

pelas áreas técnicas da SES, é realizada a transferência do recurso: fundo a fundo se for aos municípios, ou através de convênios se para entidades privadas.

Com o objetivo de acompanhar a execução da prioridade votada e avaliar os benefícios alcançados, a SES, através da Assessoria Técnica e de Planejamento e das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, monitora a execução anual da Consulta Popular.

As demandas votadas neste processo de participação popular – PPP - têm sido viabilizadas através dos planos de trabalho, cujas prioridades descritas abaixo atendem diretrizes definidas previamente.

· Municípios:

- para Unidade Básica de Saúde - UBS - construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos, materiais permanentes, medicamentos, materiais de consumo em geral;
- aquisição de consultas e exames de média e alta complexidades;
- redes de água - sistemas simplificados de abastecimento de água e extensão de redes, construção de módulos sanitários, aquisição de veículo para Programa Saúde da Família - PSF;
- módulos sanitários – construção;
- veículos e/ou ambulâncias.

· Hospitais:

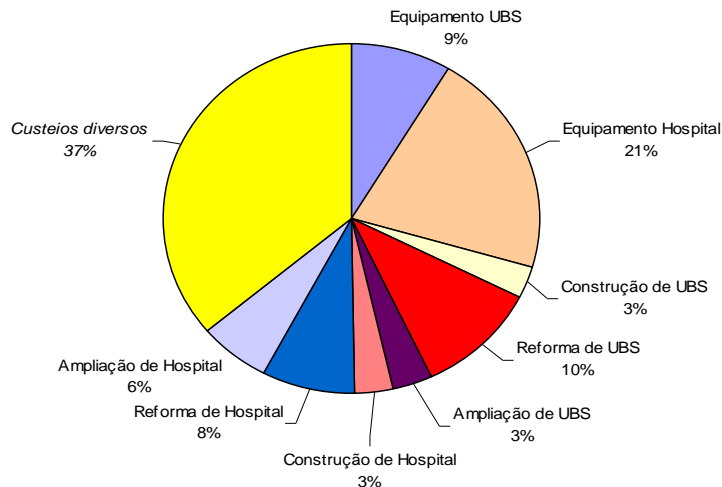
- construção, ampliação, reforma, aquisição de equipamentos, medicamentos e materiais de consumo em geral.

· Consórcios Intermunicipais de Saúde:

- aquisição de consultas e exames de média e alta complexidade.

Os gráficos 57 e 58 demonstram, de maneira geral, a distribuição dos recursos conforme demandas protocoladas junto a SES-RS no período de 2006 a 2008. Estas demandas são votadas no ano corrente, para execução no exercício seguinte.

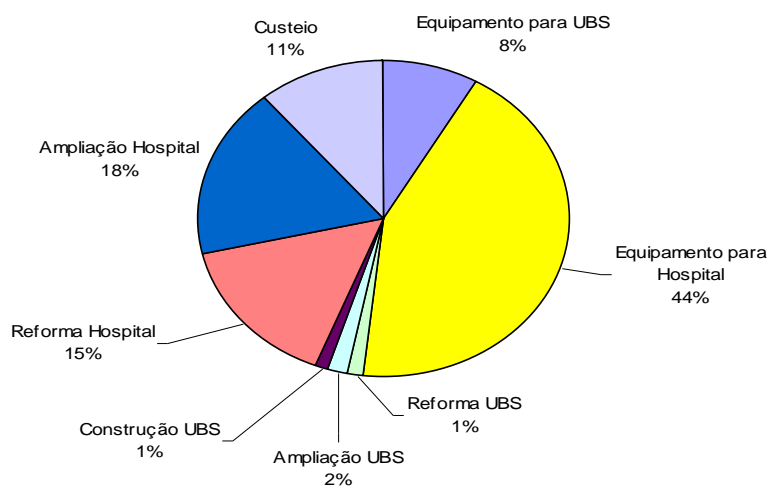
Gráfico 57 – Demandas da Consulta Popular, RS, 2006-2007.



Fonte: ASSTEPLAN/SES-RS

Observa-se que, na Consulta Popular 2006/2007, o principal destino dos recursos foram para custeios diversos, que correspondem à aquisição de exames de média e alta complexidade e de medicamentos e material de consumo.

Gráfico 58 – Aplicação dos Recursos da Consulta Popular, RS, 2007-2008.

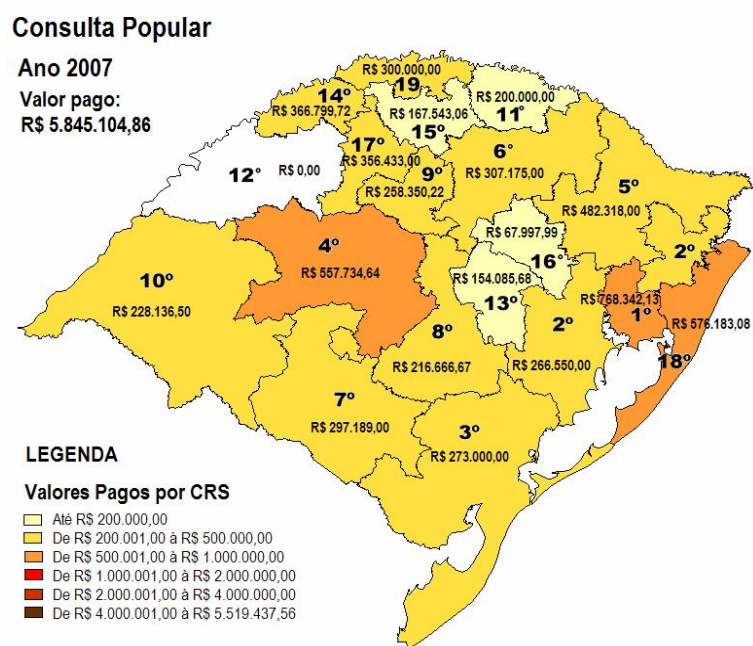


Fonte: ASSTEPLAN/SES-RS

Na aplicação dos recursos da Consulta Popular 2007/2008, destaca-se a aquisição de equipamentos para hospitais, podendo-se entender este resultado como consequência das obras (construções e ampliações) realizadas por demandas de anos anteriores.

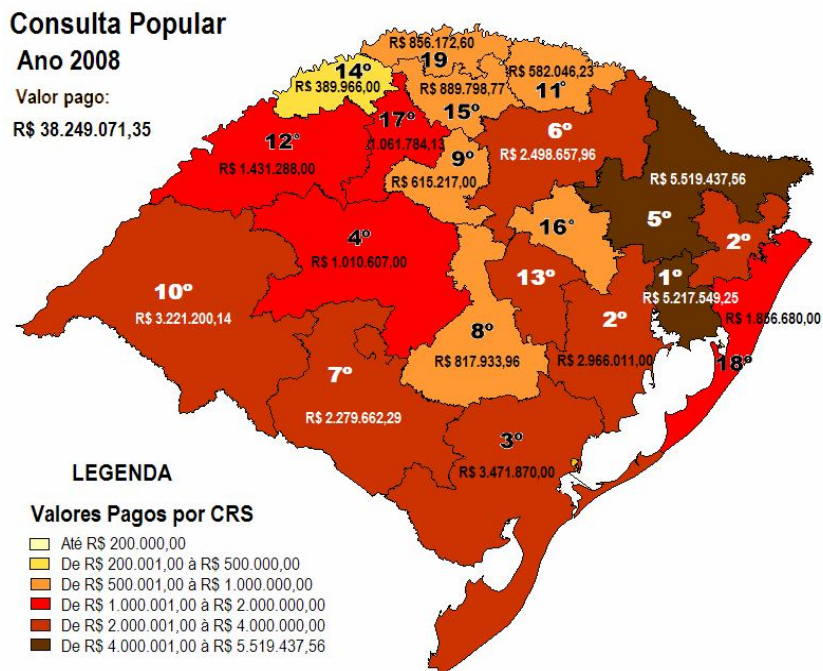
As figuras a seguir apresentam os recursos da Consulta Popular pagos em 2007, 2008 e no primeiro semestre de 2009 (figuras 31,32 e 33).

Figura 32 – Investimentos financeiros da Consulta Popular, RS, 2007.



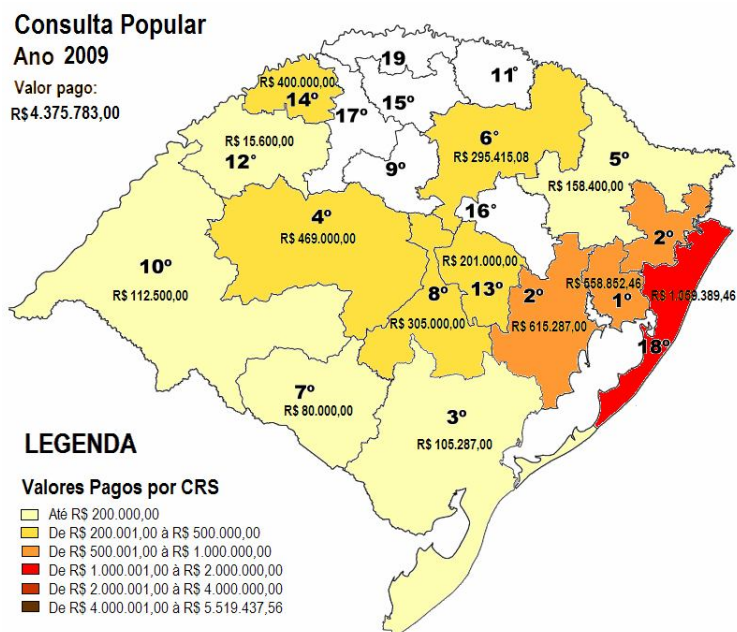
Fonte: ASSTEPLAN/SES-RS

Figura 33 – Investimentos financeiros da Consulta Popular, RS, 2008.



Fonte: ASSTEPLAN/SES-RS

Figura 34 – Investimentos financeiros da Consulta Popular, RS, no primeiro semestre de 2009.



Fonte: ASSTEPLAN/SES-RS

4 DESCENTRALIZAÇÃO / REGIONALIZAÇÃO

O Estado do Rio Grande do Sul é constituído por 496 municípios, agrupados em 19 Regiões de Saúde, que compõem as 7 Macrorregiões de Saúde estabelecidas no Plano Diretor de Regionalização da Saúde, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde em setembro de 2002, (Resolução CES/RS 05/2002, de 05/09/02), com alterações efetuadas pela CIB/RS nos últimos anos: Abaixo a relação das Macrorregionais com as Regiões de Saúde, número de municípios e população no ano de 2008.

- Macrorregião Centro-Oeste – abrange a 4ª e 10ª Região de Saúde, 43 municípios, 1.109.469 habitantes e tem sede em Santa Maria;
- Macrorregião Metropolitana – abrange a 1ª, 2ª e 18ª Região de Saúde, 90 municípios, 4.713.346 habitantes e tem sede em Porto Alegre;
- Macrorregião Missioneira – abrange a 9ª, 12ª, 14ª e 17ª Região de Saúde, 85 municípios, 823.857 habitantes e tem sede em Ijuí.
- Macrorregião Norte – abrange a 6ª, 11ª, 15ª e 19ª Região de Saúde, 135 municípios, 1.197.774 habitantes e tem sede em Passo Fundo;
- Macrorregião Serra – abrange a 5ª Região de Saúde, 48 municípios, 1.054.147 habitantes e tem sede em Caxias do Sul;
- Macrorregião Sul – abrange a 3ª e 7ª Região de Saúde, 26 municípios, 1.050.038 habitantes e tem sede em Pelotas;
- Macrorregião dos Vales – abrange a 8ª, 13ª e 16ª Região de Saúde, 69 municípios, 906.583 habitantes e tem sede em Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul e Lajeado.

Considerando a gestão do SUS, 15 municípios exercem a gestão plena do sistema e 481 municípios, a gestão da atenção básica e das ações básicas de vigilância em saúde. O conjunto dos municípios em gestão plena congrega 32,22% da população do estado.

A regionalização da saúde é uma diretriz do Sistema Único de Saúde, um eixo estruturante do pacto de gestão que deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (PT MS/GM 399/06).

A regionalização tem como objetivos: 1) garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde em que complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal; 2) garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover equidade; 3) garantir a integralidade na atenção à saúde através da organização das Redes de Ações e Serviços de Saúde Integradas; 4) potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e organizadores das demandas nas diferentes regiões; e 5) racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganhos em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (PT GM/MS 399/06).

Para a distribuição dos serviços no estado, a regionalização se vale das Regiões de Saúde, recortes territoriais em um espaço geográfico contínuo identificados pelos gestores municipais e estaduais aprovadas na CIB Estadual. Para identificação dessas regiões de saúde, leva-se em conta a contiguidade intermunicipal, a identidade social, econômica e cultural, a infraestrutura de transportes e comunicação social, os fluxos assistenciais e a compatibilização de economia de escala e equidade no acesso.

Por sua importância, a regionalização da saúde focada como diretriz organizativa do SUS tornou-se uma ação do projeto Saúde Mais Perto de Casa, do Programa Estruturante do Governo do Estado Saúde Para Todos, que dispõe de recursos financeiros do governo estadual para incentivar a sua efetivação.

A regionalização da saúde tem como objetivo garantir o acesso do cidadão às ações e serviços especializados de média e alta complexidades, no seu município ou em outro município de sua região através de uma rede de atenção hierarquizada, de modo a evitar ou diminuir as distâncias de deslocamento intermunicipal.

O processo de regionalização no estado tem avançado através da constituição de redes de assistência em especialidades de alta complexidade, consoante portarias do Ministério da Saúde e outros atos de iniciativa estadual com a habilitação de unidades e centros de referência que devem prestar atendimento na sua especialidade, além dos procedimentos de alta complexidade, também os procedimentos de média complexidade.

Outra ação do projeto Saúde Mais Perto de Casa é o apoio aos hospitais vinculados ao SUS, através de incentivos financeiros, pagos com recursos do tesouro estadual. O objetivo desta ação é incentivar a regularização contratual, prevista no pacto de gestão, integrar os hospitais às Redes Regionalizadas de Saúde e impulsionar a adesão às ações prioritárias da

política estadual de saúde, ampliando o acesso assistencial cada vez mais perto da casa dos cidadãos. O valor total repassado aos hospitais, em 2008, foi de R\$ 28 milhões, e está previsto, para o ano de 2009, o valor de R\$ 61 milhões.

Os hospitais recebem um incentivo financeiro denominado incentivo básico, calculado sobre a produção de serviços, mediante assinatura de contrato ou compromisso de contratualizar ou regularizar a situação contratual com o gestor estadual ou municipal do SUS. Além do incentivo básico, os hospitais poderão aderir aos incentivos específicos de políticas prioritárias de saúde como: incentivo à política do Ministério da Saúde para hospitais de pequeno porte, incentivo às internações em hospitais gerais com leitos psiquiátricos e leitos clínicos para álcool e outras drogas, incentivo às unidades de referência à gestação de alto risco, mãe canguru e casa da gestante, incentivo ao atendimento de média complexidade em traumato-ortopedia e outras cirurgias eletivas, incentivo às urgências e emergências dos hospitais-polo do SAMU/SALVAR e incentivo à eficiência das comissões intra-hospitalares de captação de órgãos para transplante.

Redes de Atenção à Saúde

A constituição das Redes de Assistência Especializada tem como base o Plano Diretor de Regionalização, as portarias do Ministério da Saúde que normalizam as redes de assistência, a necessidade de atendimento à população, a capacidade instalada dos serviços de saúde, a pactuação nos Conselhos Gestores Regionais e na Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RS.

O Rio Grande do Sul conta com redes assistenciais de média e alta complexidades distribuídas nas Regionais de Saúde. Na média complexidade, as regiões mais carentes são 8ª e 15ª CRS, enquanto na alta complexidade as mais carentes são 2ª, 12ª, 15ª e 19ª CRS.

As Redes de Atenção Cardiovascular, Nefrologia, e Traumato-Ortopedia já possuem referências pactuadas na CIB/RS. As Redes de Neurocirurgia e Oncologia encontram-se em fase de pactuação. A Rede de Oftalmologia, apesar de existente, com mais de 30 unidades descentralizadas, está em etapa de conformação pelas novas exigências do Ministério da Saúde, ou seja, os serviços estão encaminhando solicitações de credenciamento/habilitação para análise técnica. A Portaria MS/SAS 288/08, de 19/05/08, que define as Redes Estaduais

e Regionais de Atenção em Oftalmologia, conforme informações do Ministério da Saúde, deve sofrer alterações.

A Rede Assistencial ao Paciente com Obesidade Grave é composta por 4 serviços localizados na Macrorregião Metropolitana - Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital São Lucas da PUC, Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Hospital Universitário da ULBRA (Canoas). Esta rede deverá ser ampliada através da realização de chamamento público para habilitação de novos serviços, tendo em vista a existência de demanda reprimida para atendimento nesta patologia.

A Rede de Atenção às Gestantes é constituída pelos hospitais reconhecidos pela SES como unidades de referência à gestação de alto risco. Participam desta rede, também, unidades que aderiram a Ação de Apoio aos Hospitais, disponibilizando leitos de gestante de alto risco e/ou casa da gestante e/ou mãe canguru.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é atualmente o único serviço no estado habilitado para realização dos procedimentos do processo transexualizador.

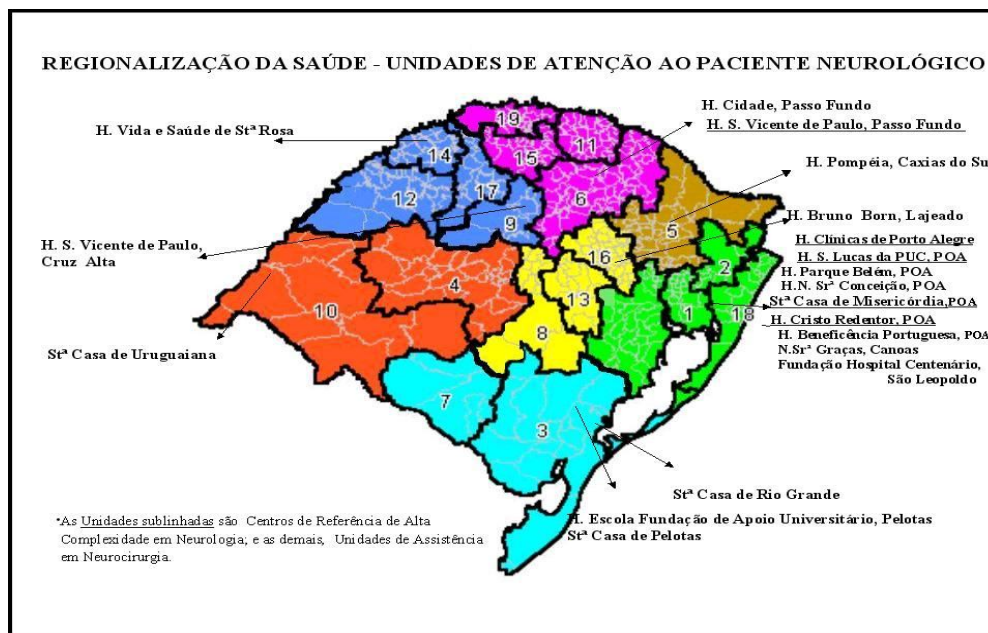
A Rede de Assistência a Queimados conta com dois prestadores na capital: Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre e Hospital Cristo Redentor.

Atualmente, o estado conta com as seguintes redes assistenciais reestruturadas ou em fase de estruturação:

- Rede de Atenção Cardiovascular – 5 centros de referência e 12 unidades especializadas;
- Rede de Atenção à Gestante – 65 hospitais;
- Rede de Hospitais com leitos de UTI – 70 hospitais;
- Rede de Atenção em Nefrologia – 69 unidades especializadas;
- Rede de Atenção em Neurocirurgia – 5 centros de referência e 14 unidades especializadas;
- Rede de Atenção à Obesidade Grave - 4 hospitais;
- Rede de Atenção em Oftalmologia – 32 serviços;
- Rede de Atenção em Oncologia – 3 centros de assistência (CACON), 22 unidades especializadas (UNACON) e 1 serviço isolado de radioterapia;
- Rede de Atenção a Queimados – 2 hospitais de referência;

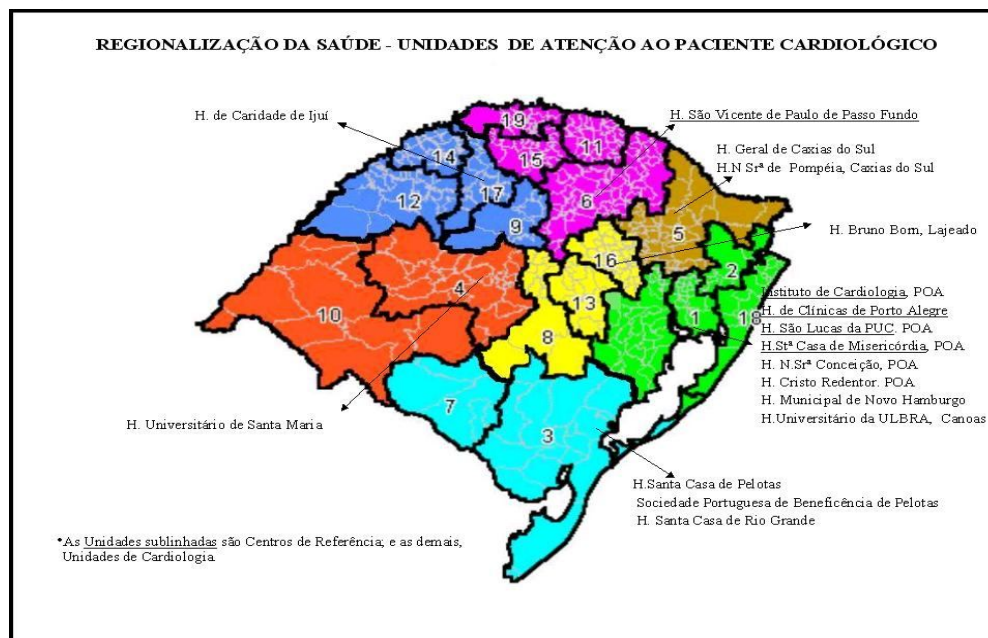
- Rede de Atenção em Traumato-Ortopedia - 23 unidades especializadas de alta complexidade e 20 unidades especializadas de média complexidade.

Figura 35 – Distribuição dos Centros e Unidades de Alta Complexidade em Neurocirurgia, RS, 2010.



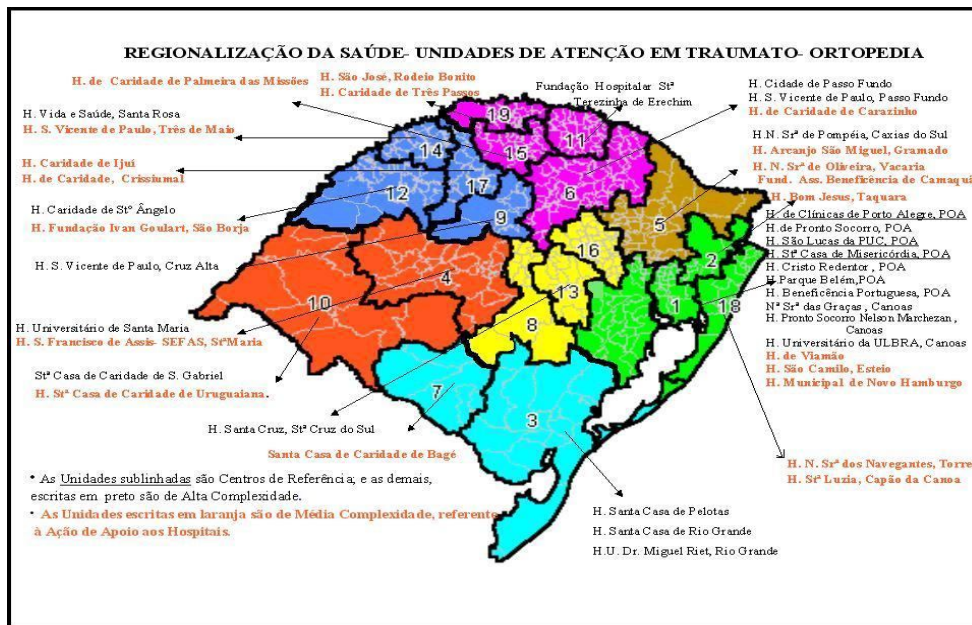
Fonte: DAHA/SES-RS

Figura 36 – Distribuição de Centros e Unidades Cardiovasculares, RS, 2010.



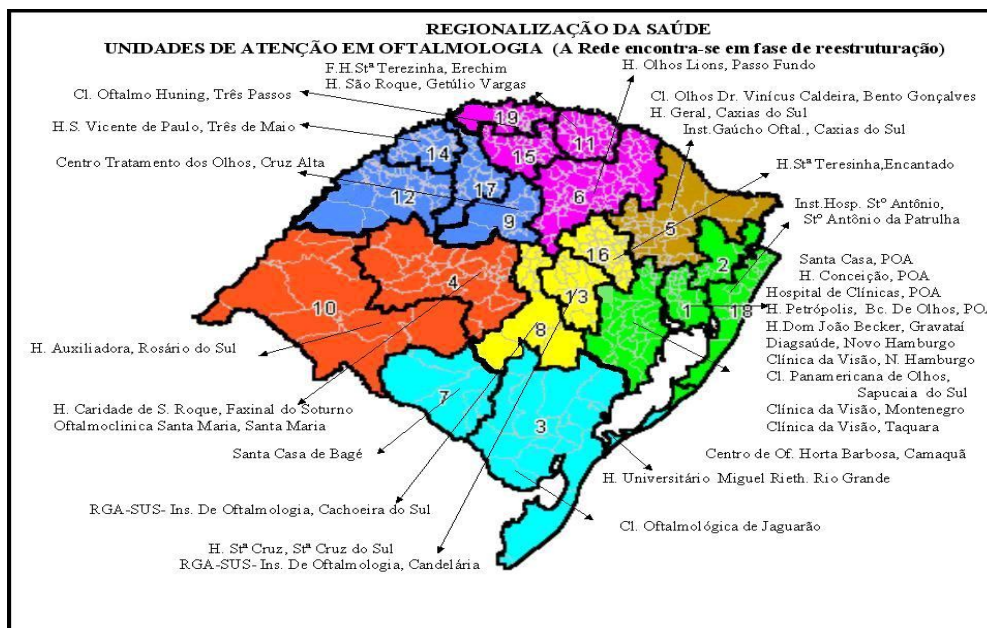
Fonte: DAHA/SES-RS

Figura 37 – Distribuição das Unidades de Traumato-Ortopedia de Alta Complexidade, RS, 2010.



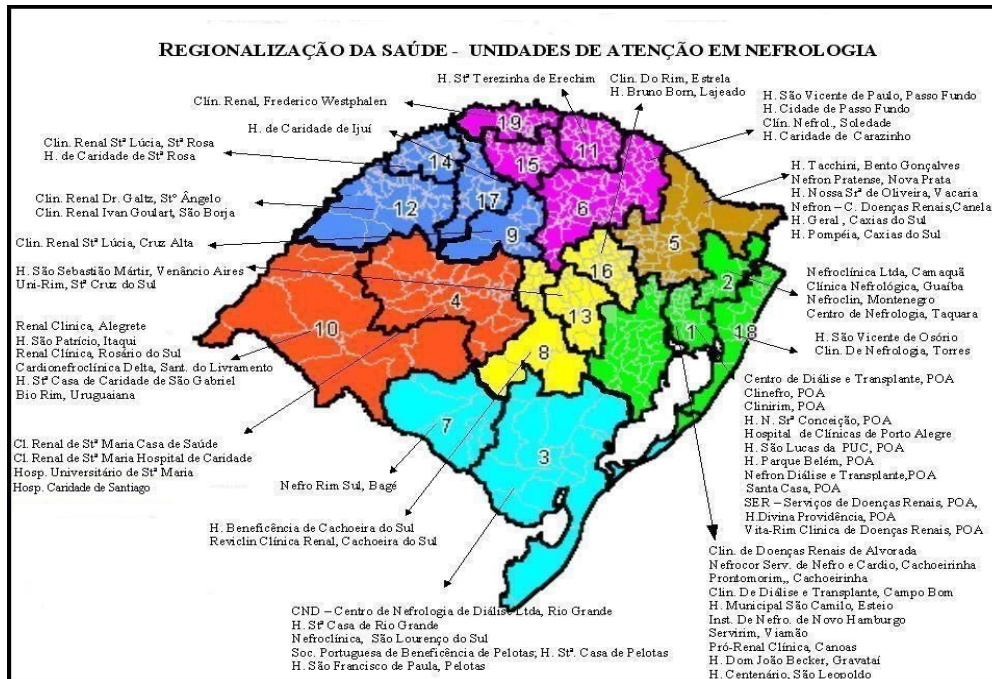
Fonte: DAHA/SES-RS

Figura 38 – Distribuição das Unidades de Oftalmologia de Alta Complexidade, RS, 2010.



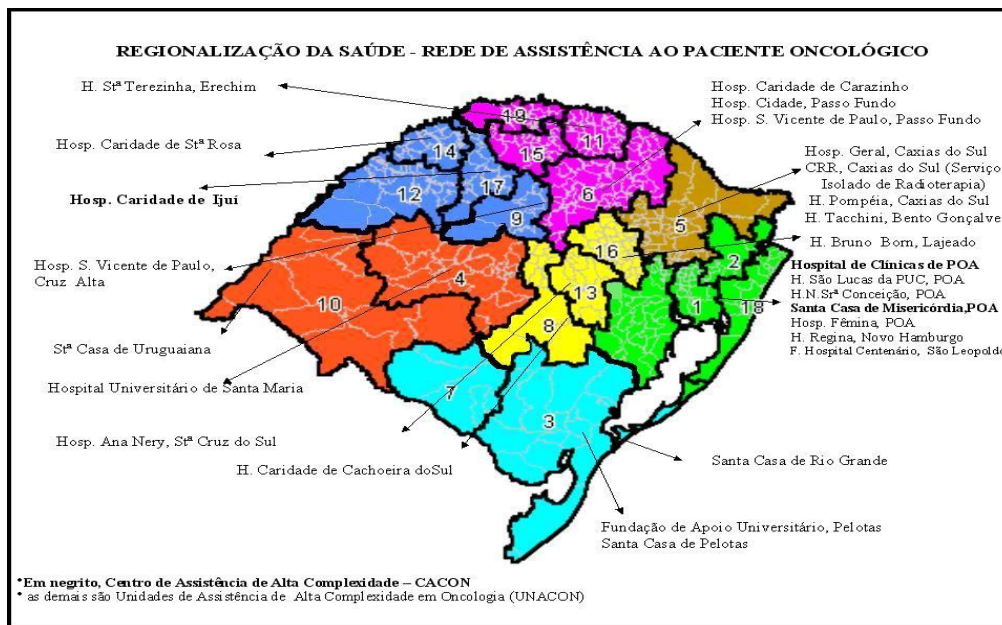
Fonte: DAHA/SES-RS

Figura 39 – Distribuição das Unidades de Nefrologia, RS, 2010.



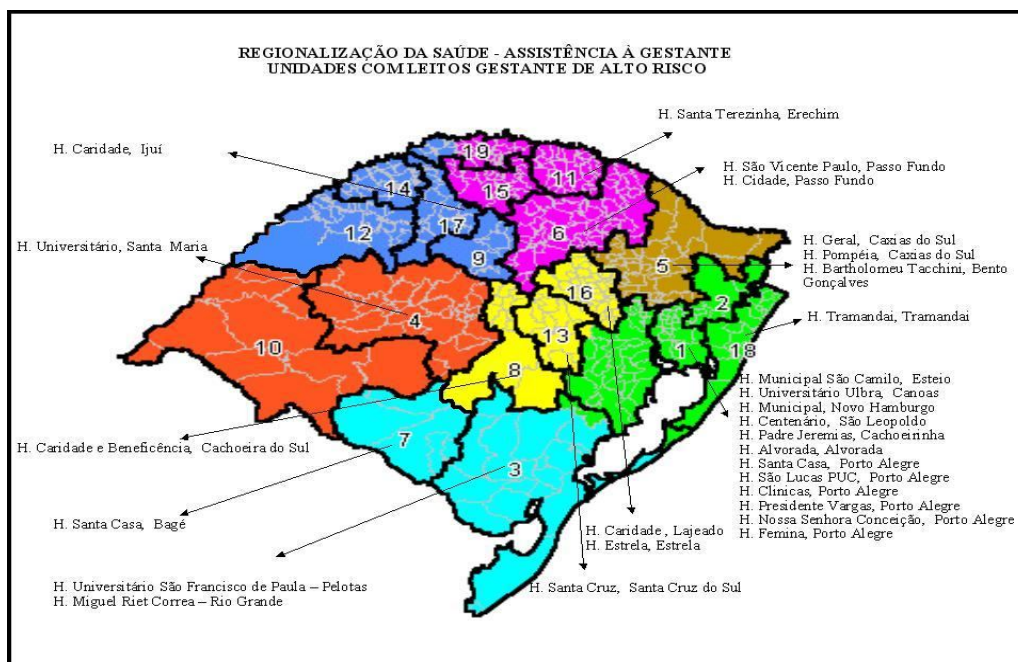
Fonte: DAHA/SES-RS

Figura 40 – Distribuição das Unidades de Oncologia de Alta Complexidade, RS, 2010.



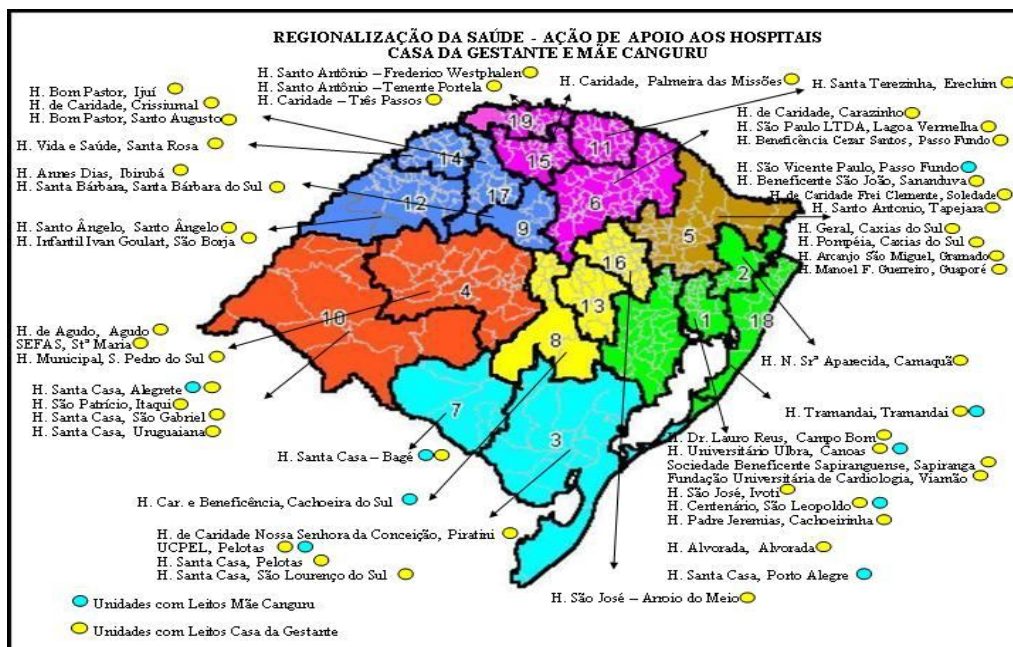
Fonte: DAHA/SES-RS

Figura 41 – Distribuição das Unidades de Terapia Nutricional de Alta Complexidade, 2010.



Fonte: DAHA/SES-RS

Figura 42 – Distribuição das Unidades de Gestantes de Alto Risco, RS, 2010.



Fonte: DAHA/SES-RS

Redes de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência

As Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência prestam atendimento à deficiência congênita ou adquirida através de ações e programas de reabilitação, com equipes multiprofissionais, visando a prevenção do agravamento do quadro clínico e a recuperação da capacidade funcional das pessoas dentro de suas limitações. Estas ações e programas, baseadas na Portaria MS/GM 1060/02, de 05/06/02, que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, são disponibilizados nas redes regionalizadas de atenção à deficiência física, auditiva, deficiência intelectual e autismo.

O Programa de Assistência Complementar organiza a vinculação dos prestadores de serviços privados e unidades públicas na rede, assim como regula o agendamento dos pacientes nos prestadores habilitados em cada rede, para inserção nos programas de reabilitação.

Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência Auditiva

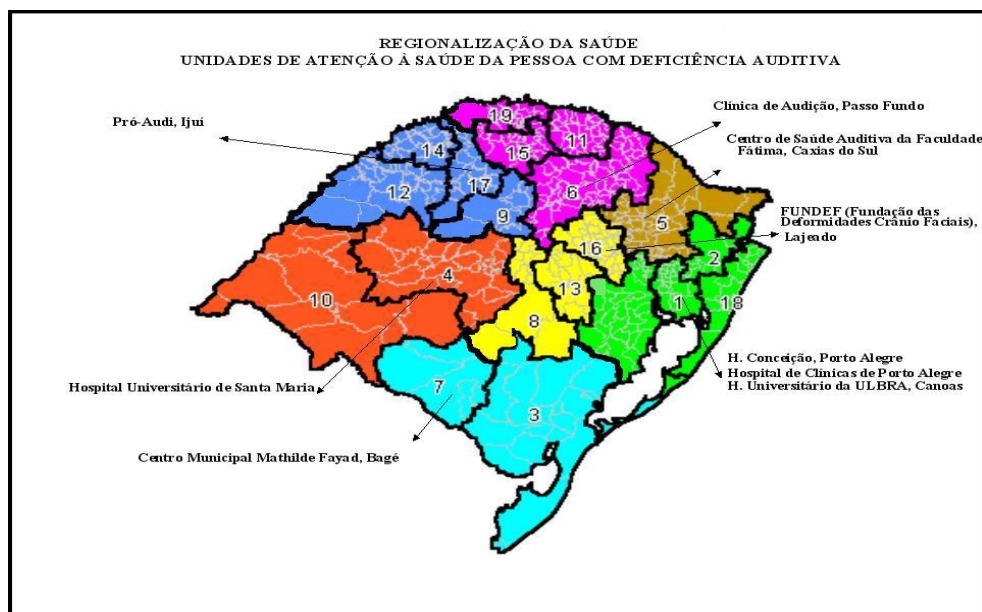
A partir da PT MS/GM nº 2073/04, de 28/09/04, que instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva e da PT MS/SAS 587/04, de 07/10/04, que trata da organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva, o estado criou, em março de 2005, a Rede Estadual de Atenção à Saúde Auditiva.

A rede dispõe de 9 serviços para atendimento das 19 CRS habilitados por Macrorregiões de Saúde:

- · Macrorregião Centro-Oeste - Hospital Universitário de Santa Maria;
- · Macrorregião Metropolitana - Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre e Hospital Universitário da ULBRA, em Canoas;
- · Macrorregião Missioneira – Clínica Pró-Audi, em Ijuí;
- . Macrorregião Norte - Clínica de Audição, Passo Fundo;
- . Macrorregião Serra – Centro de Saúde Auditiva, Faculdade Fátima, Caxias do Sul;
- · Macrorregião Sul - Clínica Mathilde Fayad, em Bagé;

· · Macrorregião Vales – Fundação das Deformidades Crânio Faciais (FUNDEF), em Lajeado

Figura 43 - Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência Auditiva, RS, 2010.



Fonte: DAHA/SES-RS

Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência Física

A Rede Estadual de Atenção à Pessoa com Deficiência Física foi criada em 2001, em conformidade com a PT MS/GM 818/01, de 05/06/01, que trata das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. Os pacientes são atendidos através de consultas de avaliação e terapias de reabilitação individuais ou em grupo, incluindo a prescrição, concessão, adaptação e treinamento em órteses, próteses e materiais especiais de locomoção – OPM.

A Rede dispõe de 8 serviços para atendimento das 19 Regionais de Saúde habilitados por Macrorregionais de Saúde:

- · Macrorregião Metropolitana - Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), Centro de Reabilitação de Porto Alegre (CEREPAL), ambas em Porto Alegre; Associação Canoense de Deficientes Físicos (ACADEF), em Canoas;
- · Macrorregião Missioneira - Hospital São José, em Giruá;
- · Macrorregião Norte – Universidade de Passo Fundo;
- · Macrorregião Serra - Universidade de Caxias do Sul;
- · Macrorregião Sul - Centro Mathilde Fayad, em Bagé;

· -Macrorregião Vales – Universidade de Santa Cruz do Sul.

O Decreto Federal nº 5296/04, de 02/12/04, considerou as pessoas ostomizadas como pessoas portadoras de deficiência física. No ano de 2006 foi criada a Câmara Técnica da Pessoa Ostomizada e com Incontinência Urinária, responsável pela elaboração de protocolos operacionais para os núcleos de atendimento ambulatorial de concessão de órteses e dispensação de coletores urinários, localizados nos municípios sede das 19 CRS, assim como o controle e avaliação da qualidade dos serviços prestados (Portaria SES-RS 043/06).

Figura 44 - Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência Física, RS, 2010.



Fonte: DAHA/SES-RS

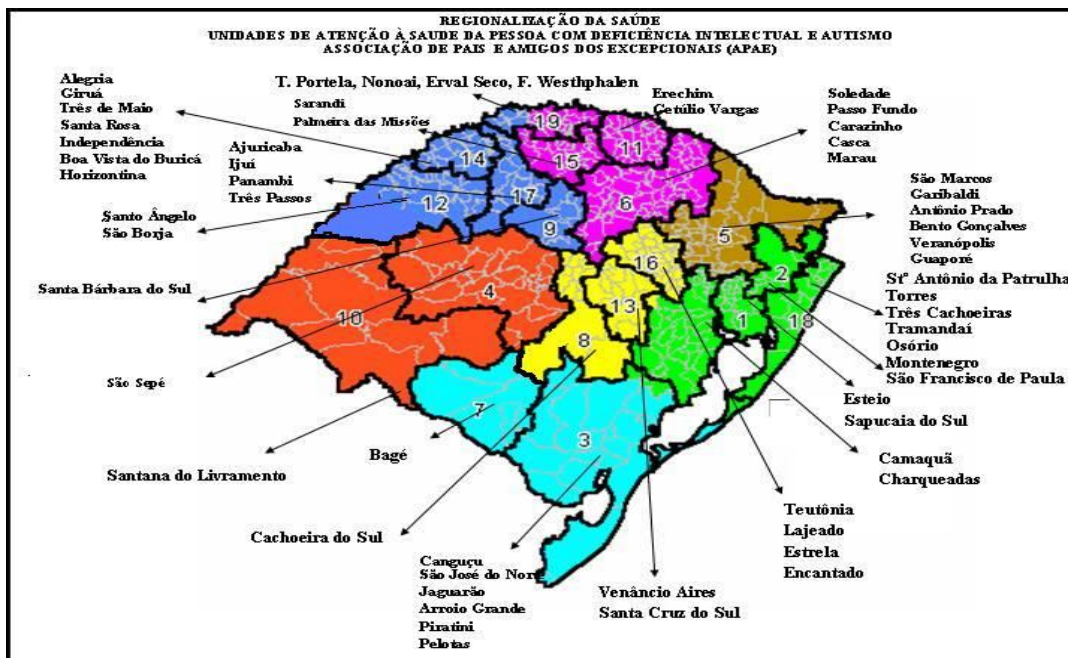
Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência Mental e Autismo

A Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência Intelectual e Autismo, em funcionamento desde 2006, teve em 2008 a aprovação do Roteiro para habilitação das

Unidades de Reabilitação da Deficiência Intelectual e Autismo, estabelecendo assim os fluxos para viabilizar o acesso dos usuários à Rede (Resolução CIB/RS 074/08 de 23/04/08).

Atualmente estão habilitadas 60 Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE em todo o estado, distribuídas nas 19 CRS, o que possibilitou o atendimento a essa clientela no SUS.

Figura 45 - Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência Mental e Autismo, RS, 2010.



Fonte: DAHA/SES-RS

5 REGULAÇÃO ESTADUAL DO SUS

A organização e a implantação dos complexos reguladores visam aperfeiçoar e organizar a regulação entre a oferta existente e a demanda, qualificando o acesso da população aos serviços de saúde no SUS.

A Portaria MS/GM 399/06, que aprova o Pacto pela Saúde e as suas diretrizes operacionais, estabeleceu os seguintes conceitos em relação à regulação:

- Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigidas aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica;

- Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes;

- Complexos Reguladores – é uma das estratégias de Regulação Assistencial e consiste na articulação e integração de centrais de atenção pré-hospitalar, urgências, centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão, tais como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intramunicipal, municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão ser pactuadas em processo democrático e solidário entre as três esferas de gestão do SUS.

A Portaria MS/GM 1559 de 01/08/08, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS, a ser implantada em todas as unidades federadas, detalha estes conceitos e acrescenta a Regulação de Sistemas de Saúde, que tem por objeto os sistemas municipais, estaduais e

nacional de saúde e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, que executam ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância destes sistemas.

Regulação Assistencial

O Plano de Regulação Assistencial do Estado, aprovado pela Resolução CIB/RS nº 15/04, de 28/01/04, e, posteriormente, o Projeto de Implantação dos Complexos Reguladores do Estado, aprovado pela Resolução CIB/RS nº 179/07, de 25/09/07, previa a conformação, de forma gradativa, de 7 Complexos Reguladores Macrorregionais, localizados nas 7 Macrorregiões de Saúde do Estado e 1 Complexo Regulador, de abrangência estadual, constituído pela Central de Transplantes e Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade Estadual – CERAC, interface da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC.

Os Complexos Macrorregionais fariam a regulação das internações hospitalares, iniciando pelos leitos de UTI; regulação da assistência ambulatorial, iniciando pela Terapia Renal Substitutiva – TRS; posteriormente, das demais especialidades de alta complexidade habilitadas no Estado, conforme a Política Nacional de Redes de Alta Complexidade em Cardiologia, Traumato-ortopedia, Oncologia e outras. Os Complexos Reguladores Macrorregionais também deveriam executar atividades relacionadas à regulação da assistência aos portadores de deficiência mental, física e auditiva, executadas pelo Programa de Assistência Complementar, setor da SES-RS responsável pelas ações de atenção às pessoas portadoras de deficiência e implementação das portarias ministeriais sobre o assunto.

Antes da regulação das internações hospitalares e da assistência ambulatorial, o estado implantou, no final do ano 2004, a Central de Regulação de Atendimento Pré-hospitalar – APH, do Projeto Estadual Salvar/SAMU, em consonância com a Política Nacional de Atenção às Urgências, em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências, com número único nacional 192. Esta central funcionou provisoriamente nas dependências do Centro Administrativo Fernando Ferrari - CAFF.

No mês de março de 2006, junto ao Hospital Sanatório Partenon, foi inaugurado o Complexo Estadual de Regulação, um espaço físico construído especialmente para reunir a

Central de Regulação Pré-hospitalar, as Centrais Estaduais de Regulação de Transplantes, de Regulação Estadual de Alta Complexidade – CERAC - e o Complexo Regulador da Macrorregião Metropolitana.

Em outubro de 2006, ocorreu a transferência da Central de Transplantes, antes instalada no prédio da Fundação Instituto de Cardiologia, para o Complexo Estadual de Regulação junto ao Hospital Partenon. A central passou a ocupar 153 metros quadrados, com sala de recepção para atendimento de familiares de doadores e sala de processo gerencial, que acompanha em tempo real as notificações de morte encefálica. Além disso, possui ala específica onde ficam as listas de receptores dos diversos tipos de transplantes, área administrativa para o credenciamento e a inclusão de equipes e área para ensino e pesquisa.

Em setembro de 2007, considerando a Portaria MS/GM 1571/07, que estabeleceu incentivos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e o Termo de Compromisso de Adesão ao Pacto pela Saúde firmado pelo Estado, a CIB/RS homologou os projetos de Implantação dos Complexos Reguladores dos municípios de Caxias do Sul, Pelotas, Porto Alegre, Santa Cruz do Sul e do Complexo Regulador do Estado. Para os municípios, foi aprovado o valor de R\$ 1,1 milhão e, para o estado, o valor de R\$ 1 milhão (Resolução CIB/RS 179/07 de 25/09/07).

Em junho de 2008, entrou em operação, no Complexo de Regulação, a Central Estadual de Regulação Hospitalar das UTIs. Em um ano de funcionamento e com a experiência acumulada neste período, tem-se buscado o aperfeiçoamento dos sistemas reguladores no estado. A tendência é manter uma única Central de Regulação Hospitalar que regule as especificidades de cada uma das sete macrorregiões, inibindo a criação de estruturas técnico-administrativas paralelas e possibilitando a coordenação do conjunto da regulação. Há também a previsão de sete Centrais de Regulação Ambulatoriais localizadas em cada uma das Macrorregiões, levando à revisão do Plano de Regulação Assistencial do Estado elaborado em 2004.

Central Estadual de Regulação Hospitalar

A Central Estadual de Regulação Hospitalar iniciou suas atividades em junho de 2008 e, atualmente, executa a função de regulação das transferências intermunicipais para serviços de UTI e de alta complexidade. O serviço está sediado na capital e recebe

solicitações de todas as unidades hospitalares e de pronto atendimento do estado, intermediando as transferências de pacientes para os serviços executantes sob gestão estadual. As atividades estão sendo implantadas gradativamente, conforme cronograma abaixo:

Fase 1 – Implantação da Regulação – Recursos Humanos

- Regulação das internações em UTI Neonatal e Pediátrica – iniciada em junho de 2008;
- regulação das internações em UTI Adulta – iniciada parcialmente em junho de 2008, com regulação total em junho de 2009;
- regulação dos procedimentos de alta complexidade em neurologia, cardiologia, traumatologia e cirurgia de urgência – implantação parcial em janeiro de 2009. Atualmente, em processo de elaboração de protocolos;
- implantação do fluxograma de regulação em neurologia e cardiologia via protocolo de regulação – agosto de 2009;
- mapeamento analítico dos leitos de UTI Neonatal e Pediátrica – implantado em março de 2009;
- mapeamento analítico dos leitos de UTI Adulto - implantado em junho de 2009.

Fase 2 – Implantação das 7 Centrais Macrorregionais

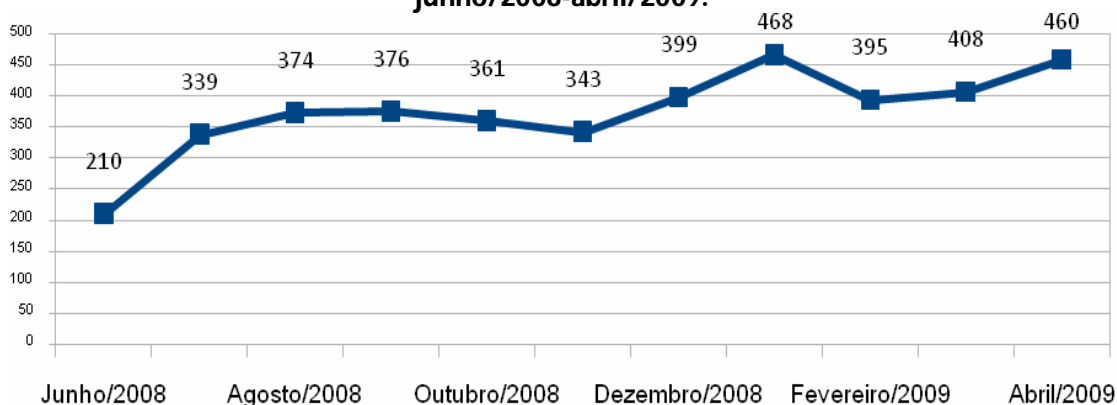
- Regulação ambulatorial em conjunto com as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde;
- organização do fluxo de internação macrorregional.

Esta fase está prevista para 2010, na dependência da conclusão das obras de duplicação da área física de Central de Regulação Estadual, cuja licitação foi concluída pela CELIC e tem empresa já contratada.

Fase 3 – Regulação da totalidade das internações hospitalares de referências intermunicipais: prevista para o 1º semestre de 2010.

Este serviço dispõe, atualmente, de 16 médicos, 2 enfermeiros, 2 assistentes administrativos e 14 videofonistas, escalonados em turnos ininterruptos de atendimento. A demanda do serviço apresenta tendência crescente e pode ser verificada no gráfico 59.

Gráfico 59 - Solicitações de Transferências à Central Estadual de Regulação Hospitalar, RS, junho/2008-abril/2009.



Fonte: Central Estadual de Regulação Hospitalar/DAHA/SES-RS

Informatização do Sistema

A sistematização do fluxo de atendimento da Central Estadual de Regulação prevê a implantação de um sistema informatizado próprio de regulação, controle, avaliação e faturamento que se encontra em fase final de aquisição. Sua instalação e treinamento para utilização devem ser finalizados no segundo semestre de 2010.

Paralelamente, o Projeto de Tecnologia da Informação, realizado em conjunto com a Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado, se desenvolve no sentido da integração por telemedicina de toda a rede de UTIs e Emergências com as Centrais de Regulação Hospitalar e do SAMU/SALVAR. Este projeto é integrado também pelo programa de Tele-ECG e de Teleneurologia.

Monitoramento das internações em UTI

Este trabalho é realizado pela Central Estadual de Regulação Hospitalar e tem o objetivo de avaliar o ingresso e a permanência dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva, verificando a adequação aos protocolos estabelecidos.

A rotina contempla a análise dos mapas de leitos descritivos enviados pelos serviços sob gestão estadual diariamente e a consolidação dos dados em planilha da Central Estadual de Regulação para análise da justificativa e tempo de permanência.

Avaliação de indicadores de qualidade e desempenho de regulação

A atividade de monitoramento e avaliação tem o objetivo de acompanhar o desempenho e a qualidade do trabalho da Central Estadual de Regulação quanto ao tipo de conclusão, tempo da mesma e capacidade de solução de acordo com a regionalização e caráter do pedido. A classificação das urgências para priorização dos atendimentos segue os níveis preconizados no manual técnico do Ministério da Saúde "REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS". O elenco mínimo de relatórios e indicadores contempla os relacionados abaixo:

Relatório Mensal de Solicitações e Conclusões classificado por:

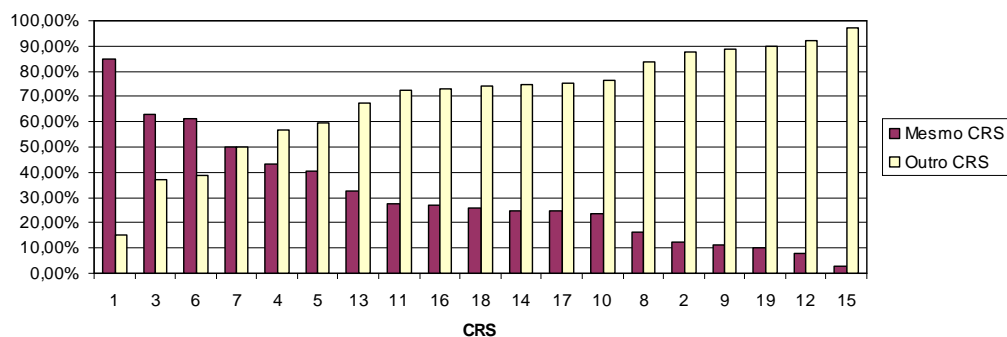
- CRS de Origem e Destino/ Regionalização (tabela 82);
- clínica;
- caráter (graus de urgência);
- conclusão do caso (tabela 79).

Tabela 82 - Percentual de destino das Transferências realizadas pela Central Estadual de Regulação de acordo com a CRS de origem e destino, RS, janeiro a maio de 2009.

Destino	CRS de Origem																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Outro Hospital na Mesma CRS	84,6 0%	12,2 0%	63,2 0%	43,0 0%	40,5 0%	61,1 0%	50,0 0%	16,4 0%	11,4 0%	23,8 0%	27,3 0%	7,70 %	32,8 0%	25,0 0%	2,80 %	26,8 0%	24,5 0%	25,8 0%	10,3 0%
Outra CRS	15,4 0%	87,8 0%	36,8 0%	57,0 0%	59,5 0%	38,9 0%	50,0 0%	83,6 0%	88,6 0%	76,2 0%	72,7 0%	92,3 0%	67,2 0%	75,0 0%	97,2 0%	73,2 0%	75,5 0%	74,2 0%	89,7 0%

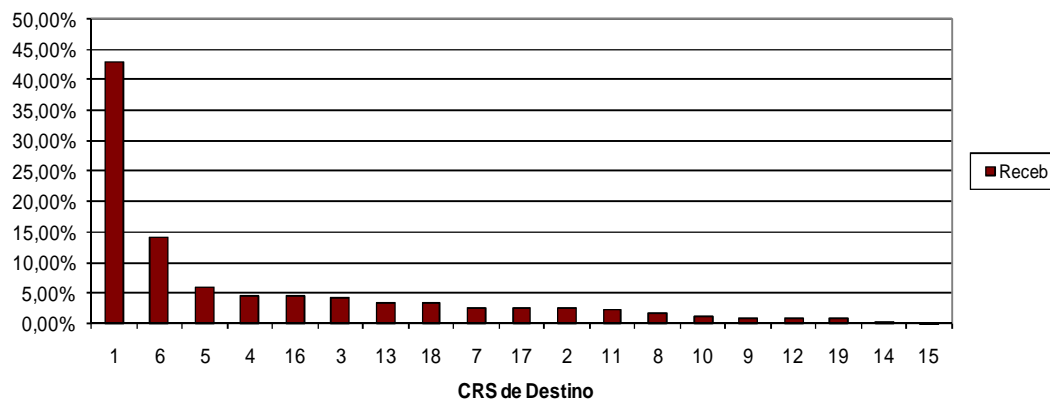
Fonte: Central Estadual de Regulação/DAHA/SES-RS

Gráfico 60 - Percentual do destino das Transferências realizadas pela Central Estadual de Regulação de acordo com a CRS de origem e destino, RS, janeiro-maio/2009.



Fonte: Central Estadual de Regulação/DAHA/SES-RS

Gráfico 61 - Recebimento das transferências por CRS (em percentagem), RS, janeiro-maio/2009.



Fonte: Central Estadual de Regulação/DAHA/SES-RS

Tabela 83 - Demanda e Situação de Transferência, por CRS, RS, janeiro-maio/2009.

	CRS																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Total Demandado	482	309	51	96	92	170	10	83	44	52	15	52	154	27	48	132	67	199	72
Transferido	351	245	38	79	79	131	10	73	35	42	11	39	119	16	36	97	49	155	58
Não Transferido	131	64	13	17	13	39	0	10	9	10	4	13	35	11	12	35	17	43	12

Fonte: Central Estadual de Regulação/DAHA/SES-RS

Tabela 84 – Classificação final dos casos regulados pela Central Estadual de Regulação, RS, março-maio/2009.

CONCLUSÃO	Código	TOTAL	%
Transferido por contato da Central Estadual	1	669	51,7
Transferido por contato da Central Estadual com compra de leito	2	36	2,8
Transferido por contato direto entre o serviço solicitante/família e o serviço de destino	3	141	10,9
Transferido para Central de Regulação Municipal do município pleno	4	97	7,5
Transferido com obtenção da vaga através de convênio	5	7	0,5
Não transferido por óbito, com leito reservado	6	23	1,8
Não transferido por óbito, sem leito reservado	7	47	3,6
Não transferido por cancelamento do pedido devido à melhora, alta ou estabilização do caso.	8	126	9,7
Não transferido por cancelamento do pedido devido à obtenção da vaga no próprio serviço solicitante	9	64	4,9
Não transferido por reavaliação da indicação de UTI	10	26	2
Vaga obtida e paciente não transferido por opção do serviço solicitante ou familiar.	11	13	1
Profissional solicitante orientado quanto à conduta correta, sem necessidade de transferência do paciente.	12	28	2,2
Outro	0	10	0,8
Sem informação	99	7	0,5
TOTAL		1294	100

Fonte: Central Estadual de Regulação/DAHA/SES-RS

Indicadores de qualidade de regulação:

- percentual de casos de emergência com conclusão em 2 horas (33% - dado parcial 2009) e serviço de destino distante menos de 300 km (67,5% - dado parcial 2009);
- percentual de transferências de gestante de alto risco sobre o total de gestantes e neonatos de risco regulados (70,8%);
- percentual de casos concluídos com código 02 (compra de leito) sobre o total de transferências (2,8% - dado parcial 2009);
- percentual de casos concluídos com código 07 (não transferido por óbito, sem leito reservado) sobre o total de casos regulados (3,6% - dado parcial 2009).

Capacitação continuada de servidores da regulação

Área técnica: os servidores técnicos (médicos e enfermeiros) da Central Estadual de Regulação são capacitados em seminários bimensais, organizados pelo próprio grupo de trabalho, de acordo com cada especialidade.

Área administrativa: as atividades de apoio logístico, alimentação do banco de dados e manutenção do serviço em geral são realizadas pelos videofonistas e demais servidores administrativos. O treinamento e supervisão dos mesmos são realizados pelos enfermeiros e coordenação.

Contratação

Firmar contrato com os prestadores de serviços privados ou filantrópicos vinculados ao SUS é uma das responsabilidades dos gestores do SUS, no eixo da regulação, controle, avaliação e auditoria.

O índice de contratação e de regularização contratual é um dos indicadores pactuados pelo estado no Termo de Compromisso de Gestão, quando da adesão ao Pacto pela Saúde. O estado vem efetuando a regularização da situação contratual dos prestadores de serviços ao SUS que historicamente prestavam serviços ao extinto Instituto Nacional de Assistência

Médica da Previdência Social - INAMPS como credenciados e assim foram transferidos ao SUS no país e no estado.

O percentual de contratação, em dezembro de 2008, foi de 37,75%, considerando o universo de 792 prestadores privados de saúde passíveis de serem contratados (dados de dez/2007), localizados nos municípios onde esta ação é de responsabilidade estadual. Não estão incluídos os prestadores dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Até o final do ano, havia 299 prestadores contratados, principalmente hospitais filantrópicos, laboratórios e serviços de atendimento aos portadores de deficiência, entre outros serviços, conforme discriminado abaixo, sendo que todos os contratos foram publicados no Diário Oficial do Estado:

Hospitalar: 75 Hospitais contratualizados

Ambulatorial: 224 Serviços Ambulatoriais contratualizados

Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde - PPI

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde é um processo instituído no âmbito do SUS, no qual, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde da população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Seus objetivos são organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (Série Pactos Pela Saúde 2006, volume 5).

A SES-RS, juntamente com a Associação dos Secretários e Dirigentes de Saúde - ASSEDISA, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Conselho Estadual de Saúde e Associação Gaúcha dos Consórcios Públicos está, desde março de 2007, trabalhando conjuntamente no processo de Pactuação da Assistência nos eixos programáticos do Pacto pela Saúde. A portaria nº 198/2007 designou o Grupo de Trabalho interinstitucional para elaboração do processo de PPI no Estado do Rio Grande do Sul.

O RS possui uma PPI baseada em série histórica que está sendo atualizada a partir das discussões de dados epidemiológicos levantados pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde e técnicos da atenção básica e da atenção de média e alta complexidades para, posteriormente, definir os parâmetros de cobertura na atenção ambulatorial e hospitalar, programando-se as ações e serviços de saúde no estado.

Observamos que deverá ser respeitado o limite financeiro disponibilizado pelo Ministério da Saúde para a Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Neste período, o estado do Rio Grande do Sul, juntamente com o Distrito Federal e os estados de Alagoas, Mato Grosso do Sul, Pará e São Paulo tem trabalhado como projeto piloto para o desenvolvimento de um aplicativo que implemente as diretrizes da Programação Pactuada e Integrada – PPI, definidas na Portaria GM nº 1.097, de 22/05/2006.

O Ministério da Saúde, em conjunto com os estados “piloto”, trabalhou na configuração do SisPPI em Módulo Estadual, que prevê a distribuição de recursos financeiros e parametrização dos procedimentos, agregando áreas estratégicas da atenção básica, alta complexidade ambulatorial e internação de média e alta complexidade para, posteriormente, realizar a consolidação da macroalocação de recursos.

Foram capacitados técnicos das regionais para serem multiplicadores frente aos seus municípios, visando à instalação e utilização do SISPPPI no Módulo Municipal.

6 SAÚDE SUPLEMENTAR NO RIO GRANDE DO SUL

A partir de 2008, o CONASS, através da publicação de um caderno específico sobre a Saúde Suplementar, na coleção Progestores: para entender a gestão do SUS, impulsionou e introduziu as discussões do setor na gestão do SUS. Discussão, esta, de extrema necessidade, considerando as inúmeras interfaces existentes entre a saúde pública e a privada.

Na própria Constituição Federal de 1988, o art.199 define que “as instituições privadas podem participar de forma complementar do SUS” e que, de acordo com o art.197, “... compete ao Poder Público a “regulamentação, fiscalização, e controle” da execução dos serviços de saúde prestados, a despeito da natureza jurídica do prestador”. Neste contexto, pode-se perceber o importante papel que o estado deve desempenhar, considerando que este setor é uma arena de permanente tensão e disputa e envolve as operadoras de planos e seguros, os prestadores e os beneficiários (chamados também de consumidores ou usuários). Cabe destacar que foram necessários dez anos, a partir da promulgação da Constituição Federal, para iniciar a regulamentação deste setor, que teve como marco a aprovação da Lei 9.656, de 1998, e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - pela Lei 9.961, de novembro de 2000.

Com a sistematização das informações do setor, não somente o setor privado se beneficiou, mas também o setor público, principalmente no que diz respeito à qualificação da gestão do SUS, através da obtenção de dados sobre a saúde da população no âmbito privado e do ressarcimento referente aos serviços prestados às operadoras de planos de saúde.

A seguir, apresenta-se a definição de alguns conceitos considerados importantes para a compreensão da análise situacional no âmbito da saúde Complementar no Estado.

Beneficiário - pessoa física que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, observada a legislação vigente, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica. O termo beneficiário refere-se, assim, ao vínculo de uma pessoa com um determinado plano de saúde de uma determinada operadora. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

Operadoras de planos privados de assistência à saúde - pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, autorizada, a partir do registro na ANS, a comercializar planos privados de assistência à saúde.

Por Modalidade - operadoras médico-hospitalares: administradora, autogestão, cooperativa médica, filantropia, seguradora especializada em saúde e medicina de grupo; operadoras exclusivamente odontológicas: cooperativa odontológica e odontologia de grupo.

Em setembro de 2008, a saúde suplementar no Brasil contava com 40,8 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e 10,4 milhões em planos exclusivamente odontológicos, totalizando 51,2 milhões de vínculos. Deste montante, o Rio Grande do Sul participava com 2.072.136 beneficiários em planos de assistência médica e 306.182 em planos exclusivamente odontológicos.

O quadro abaixo mostra que, em setembro de 2008, o estado do Rio Grande do Sul apresentava uma taxa de cobertura dos planos de assistência médica entre 10,1 e 20 %.

Figura 46 – Taxa de Cobertura dos planos de assistência médica por UF, BR, Setembro/2008.



Fonte: ANS/MS

Como já esperado, em relação à taxa de cobertura por planos de assistência médica com ou sem odontologia, os dados de setembro de 2008 mostram que tanto nos dados referentes ao Brasil, quanto nos dados do RS, a taxa de cobertura é maior na capital e nas regiões metropolitanas do que no interior. Segundo a ANS, este fenômeno ocorre em todos os estados brasileiros, provavelmente devido à maior concentração populacional nestas regiões.

Tabela 85 – Percentual de cobertura de planos de saúde, Brasil e RS, 2008.

	Capital	Região Metrop.	Interior
Brasil	39,8	34,3	15,8
Rio Grande do Sul	44	29,5	15,3

Fonte: ANS, 2008

Ressarcimento ao SUS

Outra questão de extrema importância para os gestores é a questão do ressarcimento ao SUS pelas operadoras. Neste sentido o Art.32º refere que:

“Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS”. - Lei nº 9656/1998”.

O processo de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, inicia-se a partir do cruzamento dos dados do banco de dados do DATASUS (SUS), relativos às internações hospitalares cobradas por meio de Autorização de Internação Hospitalar – AIH - realizadas no Sistema Único de Saúde - SUS, com as informações do cadastro de beneficiários de planos privados de assistência à saúde constantes do banco de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Esse cruzamento gera Avisos de Beneficiários Identificados - ABI, que são informados às operadoras. Os valores ressarcidos são posteriormente partilhados entre o Fundo Nacional de Saúde – FNS - e as entidades que prestaram o atendimento ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde, de acordo com a Portaria nº 168/2001, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

As tabelas a seguir apresentam, respectivamente, os procedimentos e as especialidades mais comumente identificadas entre os beneficiários de plano de saúde no Brasil quando utilizam os serviços de saúde na rede SUS. Como se pode perceber, os partos normais, as cesarianas e as curetagens pós-aborto aparecem como procedimentos mais frequentes passíveis de ressarcimento. Em relação aos atendimentos, a cirurgia geral e a clínica médica lideram as especialidades ressarcidas.

Tabela 86 - Procedimentos mais frequentes identificados no Sistema de Internações hospitalares do SUS (SIH/SUS) para beneficiários de planos privados de saúde, setembro/99-dezembro/2005.

Procedimento	Total	
	Quantidade	%
Parto normal	94.049	10,3
Cesariana	58.050	6,3
Curetagem pós-aborto	25.992	2,8
Entero Infecções	23.847	2,6
Insuficiência Cardíaca	19.962	2,2
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica	17.800	1,9
Crise asmática	16.917	1,9
Pneumonia em adulto	13.900	1,5
Tratamento em psiquiatria em hospital psiquiátrico – B	11.793	1,3
Intercorrências clínicas de paciente oncológico	11.786	1,3
Pneumonia em criança	11.180	1,2
Insuficiência coronariana aguda	10.611	1,2
AVC agudo	10.176	1,1
Pielonefrite	9.852	1,1
Crise hipertensiva	9.553	1,0
Diabetes sacarino	9.411	1,0
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica cirúrgica	8.157	0,9
Doença pulmonar obstrutiva crônica	8.131	0,9
Pneumonia do lactente	7.751	0,8
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica pediátrica	7.206	0,8
Outros procedimentos	527.992	57,7
Sem procedimento	181	0,0

Fonte: Caderno de Ressarcimento ANS, março/2009

Tabela 87 - atendimentos identificados no Sistema de Internações hospitalares do SUS (SIH/SUS) para beneficiários de planos privados de saúde, segundo especialidade, setembro/1999-dezembro/2005.

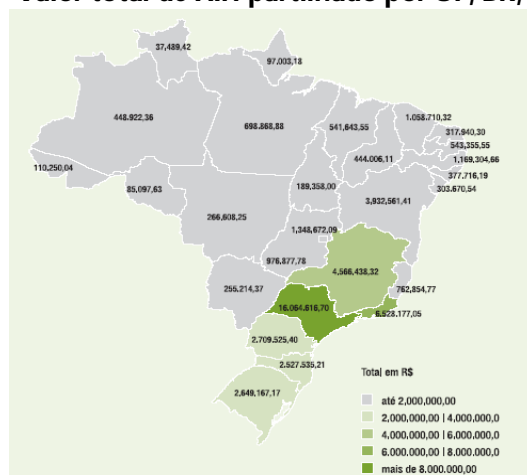
Especialidade	Total	
	Quantidade	%
Cirurgia geral	294.113	32,17
Clínica médica	278.790	30,49
Crônico e FPT (fora de possibilidade terapêutica)	194.611	21,29
Obstetrícia	46.047	5,04
Pediatria	5.435	0,59
Psiquiatria	3.934	0,43
Psiquiatria – hospital/dia	1.629	0,18
Reabilitação	698	0,18
Tisiologia	559	0,06
Não identificada	88.481	9,68
Total	914.297	1,2

Fonte: Caderno de Ressarcimento ANS, março/2009

O banco de dados utilizado como base para a consolidação das informações constantes nas tabelas 86 e 87 registra um grande número de AIHs, cuja classificação em relação à especialidade consta como “Especialidade não Informada”. Isso explica a diferença existente quando se compara o número de internações da especialidade obstetrícia com o

número de internações por procedimentos obstétricos - parto normal, cesariana e curetagem pós-aborto (tabela 86). No caso da tabela 87, os procedimentos identificados em obstetrícia referem-se somente às AIHs com classificação para essa especialidade registrada no banco de dados. A figura 47, abaixo, mostra o valor total partilhado por unidade federada. O Rio Grande do Sul recebeu, entre os anos de 2000 e 2008, o montante de R\$ 2.648.167,17 referente ao ressarcimento pelos serviços prestados pelo SUS.

Figura 47 – Valor total de AIH partilhado por UF, BR, 2000-2008.



Fonte: Sistemas de Controle de Impugnações. DIDES/ANS

Importante ressaltar que o ressarcimento, além de contribuir para a reposição do recurso utilizado pelo prestador e/ou fundos municipal e estadual de saúde, é uma forma de controle e regulação dos serviços prestados pelos planos de saúde, podendo indicar a existência de iniquidades no acesso aos serviços.

Segundo a ANS, já está em andamento uma modificação nas normas de ressarcimento. A nova proposta é de que a maior parte do recurso seja ressarcida aos fundos municipais e estaduais, ficando ao FNS o valor correspondente as multas, juros, etc. Salienta-se que as operadoras inadimplentes com o ressarcimento ao SUS são passíveis de inscrição no CADIN e na Dívida Ativa da ANS, sendo os débitos cobrados judicialmente pela Procuradoria Federal através de ação de execução.

Enfim, o conhecimento destes dados pelos gestores municipais e estaduais é bem importante no que se refere à gestão do SUS, já que estas informações permitem avaliar o

sistema de saúde como um todo, incluindo o uso do sistema pela população beneficiária de planos de saúde, além de contribuir para otimizar e reduzir o desperdício do recurso público.

7 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS

...A concepção do SUS colocou o desafio de um novo modelo de atenção à saúde que somente ocorrerá com o compromisso e a participação de gestores, trabalhadores e usuários do sistema. Ou seja, são necessárias mudanças tanto na cultura organizacional, quanto nas relações de trabalho e, principalmente, nos valores e modos de vida da população. As mudanças institucionais pressupõem a prática e o aperfeiçoamento da gestão participativa... (6ª Tese do CONASEMS)

A Participação Social no SUS no Rio Grande do Sul faz parte de um processo de mudança institucional que, ao longo dos anos vem sendo desenvolvido pela Secretaria da Saúde do Estado e acompanha a tendência da participação social-democrática na construção e acompanhamento da execução das políticas públicas de saúde. São exemplos dessas mudanças institucionais a "Consulta Popular" ou "Processo de Participação Popular", que, desde 1998, insere a população gaúcha nas decisões dos rumos do estado, definindo prioridades para os investimentos no Rio Grande do Sul. Além disso, pode-se citar a construção de propostas como o Plano de Ações e Metas da AIDS, construído com a participação de entidades não governamentais da sociedade civil organizada ligadas às questões de saúde da população. A gestão participativa deve estar presente nas ações dos gestores, trabalhadores e usuários, e pode ser vista na construção deste plano, feito com várias "mãos" através de encontros regionais com o intuito de atender às especificidades de cada região do estado e reuniões periódicas com participação de trabalhadores de várias áreas da SES-RS e do Controle Social.

A Consulta Popular, regulada pela Portaria 046/2006, visa definir parcela do orçamento da SES voltada aos investimentos e serviços de interesse regional e municipal, conforme legislação em vigor. É um processo de participação popular no qual a população escolhe e vota quais as ações de governo que gostaria de ver realizadas em seu município ou região. Na área da saúde, são disponibilizados projetos de investimentos e serviços de interesse municipal e regional de acordo com os Programas Finalísticos do Plano Plurianual - PPA: Região Resolve, Salvar – Programa Integrado de Atendimento Pré-Hospitalar para Urgências e Emergências, Saúde Mental, Saneamento Comunitário e Programa de Saúde da Família.

Os Conselhos Municipais e Regionais de Desenvolvimento – COMUDES e COREDES, participam do processo sistematizando as prioridades municipais/regionais e opinando sobre programas de desenvolvimento.

A coordenação executiva da consulta direta à população é feita pela Comissão Estadual de Coordenação da Consulta Popular, presidida pela Secretaria Extraordinária de Relações Institucionais, com participação intersetorial, incluindo representantes de outras secretarias estaduais e da Federação e Associações de Municípios.

Os recursos disponíveis para investimentos e serviços de investimentos regional e municipal são distribuídos proporcionalmente à população de cada região, obedecendo às ponderações de distribuição segundo o Índice de Desenvolvimento Social e Econômico - IDESE - calculado pela Fundação de Economia e Estatística Sigfried Emanuel Heuser - FEE.

Compete aos COREDES e aos COMUDES organizar a Consulta Popular, que é precedida de audiência pública regional e de audiências públicas municipais e regionais. A votação é realizada em cada município das regiões dos COREDES legalmente constituídos, em data única a ser definida anualmente pela Comissão Geral de Coordenação. As prioridades são decididas pelos cidadãos, por voto secreto em urna ou por meio eletrônico, estando habilitados a votar apenas os indivíduos com domicílio eleitoral na região geográfica do COREDE correspondente.

Após a escolha das prioridades, estas são incluídas no orçamento anual da SES, com execução financeira garantida através da transferência de recursos para as prefeituras municipais, hospitais e consórcios intermunicipais de saúde beneficiários da Consulta Popular. Para a operacionalização desta etapa, os beneficiários devem apresentar um plano de trabalho específico junto com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde e da Coordenadoria Regional de Saúde a que estiverem vinculados. Após a análise do plano pelas áreas técnicas da SES, é realizada a transferência do recurso.

Com o objetivo de acompanhar a execução da prioridade votada e avaliar os benefícios alcançados, a SES, através da Assessoria Técnica e de Planejamento e das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, monitora a execução da Consulta Popular.

Para realizar a análise dos planos de trabalho apresentados por cada um dos proponentes (prefeituras municipais, hospitais e consórcios intermunicipais de saúde), a Assessoria Técnica e de Planejamento - ASSTEPLAN - definiu prioridades por grupos, conforme discriminado a seguir:

Unidade Básica de Saúde - UBS - construção, ampliação, reforma aquisição de equipamento, aquisição de medicamentos/material de consumo, aquisição de serviços de saúde;

Hospitais – construção, ampliação, reforma, aquisição de equipamentos, aquisição de medicamentos/material de consumo;

Consórcio Intermunicipal de Saúde e Municípios - consultas e exames de média e alta complexidade;

Município - extensão de rede de água, sistema simplificado de abastecimento de água, construção de módulos sanitários, aquisição de veículo para Programa Saúde da Família - PSF.

8 INSTÂNCIAS DE PACTUAÇÃO, DELIBERAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO SUS

8.1 Comissão Intergestora Bipartite – CIB

As Comissões Intergestores Tripartite (Nacional) e Bipartite (Estadual) foram instituídas pela Norma Operacional Básica – SUS 01/93 (Portaria GM/MS/ Nº597/93), no capítulo referente ao Gerenciamento do Processo de Descentralização no SUS, como fórum de negociação entre os gestores. Suas definições e propostas devem ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador.

A Comissão Intergestores Bipartite Estadual – CIB/RS - é constituída paritariamente por dirigentes da Secretaria da Saúde do Estado e do órgão de representação dos secretários municipais de saúde do estado, a ASSEDISA, e é a instância privilegiada de negociação e pactuação quanto aos aspectos operacionais do SUS.

A CIB/RS foi instituída através da Portaria SES nº 09/93, publicada no DOE de 21/06/1993. Conta com Secretaria Técnica – SETEC - e Secretaria Executiva para o assessoramento e encaminhamento das deliberações. Reúnem-se ordinariamente uma vez ao mês, conforme calendário pré-agendado e extraordinariamente, sempre que necessário. As decisões da CIB/RS são expressas através de resoluções publicadas no Diário Oficial do Estado.

A CIB-RS está organizada, também, em Colegiados de Gestão Regional – COGERES, que correspondem às 19 CRS. As pactuações realizadas nos COGERES e resoluções estão à disposição de toda a população através da página da SES na internet.

Colegiado de Gestão Regional

Os Colegiados de Gestão Regional, ou COGERE, como são denominados no Rio Grande do Sul, devem assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a região de saúde a que pertencem, além de representação estadual. São espaços permanentes de pactuação e cogestão solidária e cooperativa entre as secretarias Estadual e Municipais de Saúde nas regiões, sendo que todas as decisões devem ser tomadas em consenso.

O estado conta com incentivo financeiro para organização, funcionamento e manutenção dos COGERE (portarias 2945/07, 3264/07 e 1701/08), no valor de R\$ 760 mil, sendo que apenas aproximadamente 10% desse valor já foi executado. No Colegiado de Gestão Regional, deve acontecer o processo de planejamento regional para definir as prioridades e responsabilidades de cada ente para a Programação Pactuada Integrada - PPI, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento em saúde em cada região, apoiando o processo de planejamento dos municípios.

Entre os desafios para o funcionamento dos COGERE, cabe destacar a sua efetiva institucionalização nas regiões de saúde em parceria com a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, estabelecer os fluxos e atribuições entre CIB e COGERE, ou seja, qualificar as relações institucionais entre ambas instâncias, a construção dos regimentos internos de cada COGERE, bem como seu acompanhamento e avaliação sistemáticas.

8.2 Conselho Estadual de Saúde – CES³

Os Conselhos de Saúde, instâncias deliberativas e fiscalizadoras do SUS, previstas e garantidas na Constituição Federal e na legislação, atuam em caráter permanente na formulação de estratégias e no controle da execução de políticas públicas de saúde na esfera de governo correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Assim, a formulação e o encaminhamento do Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul constituem-se como atribuições da Secretaria Estadual de Saúde, cabendo ao Conselho Estadual de Saúde apreciá-lo, a fim de propor modificações que sua plenária entender necessárias, deliberando conforme entendimento de seu órgão plenário.

Nesse sentido, cabe ressaltar que a Secretaria Estadual de Saúde deverá buscar, junto aos gestores municipais do SUS no estado, instrumentos que contribuam efetivamente para o avanço e aperfeiçoamento da saúde pública, buscando a compreensão de que as áreas, que representam determinantes e condicionantes da saúde, como a educação, agricultura, meio-ambiente, segurança pública, dentre outras, atuam de forma transversais ao sistema público de saúde, entendendo que o SUS não é uma política de governo, mas uma política de estado e que, para garantir o princípio constitucional de que “a saúde é direito de todos e

³ Texto elaborado pelo Conselho Estadual de Saúde do RS.

dever do Estado”, os entes nas três esferas de governo precisam se preparar, apreendendo todo o conhecimento necessário para viabilizar a melhor execução das políticas públicas de saúde.

Hoje, uma das lutas do Controle Social do SUS é pela autonomia dos Conselhos de Saúde, o que na prática não existe. Muitos Conselhos Municipais, assim como o Conselho Estadual de Saúde, já conquistaram a dotação orçamentária nas leis orçamentárias correspondentes; porém, na hora de executar esse orçamento, os conselhos dependem da autorização prévia da gestão e da vontade política da mesma, inclusive da gestão que se diz participativa, deixando o conselho, muitas vezes, de cumprir importantes atividades por falta desta autonomia e de estrutura operacional.

O Conselho de Saúde reconhecerá a gestão como participativa quando se demonstrar democrática, respeitando e acatando as deliberações não apenas de um setor/departamento da gestão, mas no seu conjunto. Há anos, gestores do SUS propalam que os Conselhos de Saúde não podem confundir sua função institucional com as atribuições da gestão. Da mesma forma, entende-se que uma gestão não será participativa se não for democrática e isenta da pretensão de interferir nas atribuições dos colegiados. Assim, da mesma forma como os conselhos não podem assumir as funções do gestor, o gestor não pode assumir as prerrogativas da sociedade civil organizada. Esta é a visão do Controle Social do SUS em relação à gestão participativa, que primeiramente deve apresentar-se como democrática.

O Conselho Estadual de Saúde tem se preparado, nesses últimos vinte anos, para cumprir o seu papel institucional, debatendo de forma permanente com os Conselhos Municipais e com os Conselhos Regionais de Saúde sobre o papel do Controle Social do SUS no Rio Grande do Sul. Preparou-se politicamente para exercer esse papel constitucionalmente garantido; porém, o Conselho Estadual de Saúde terá que alcançar uma estrutura físico-administrativa e técnica para tal. Esta estrutura legalmente deve ser garantida pela Secretaria Estadual da Saúde, para que o Colegiado Estadual possa dar suporte aos conselheiros no exercício de suas atribuições e aos Conselhos Municipais e Regionais de Saúde.

Dessa forma, luta-se para que, numa realidade próxima, tenha-se planos municipais e o Plano Estadual de Saúde para debater com a sociedade gaúcha a garantia dos seus direitos. Ainda, luta-se para garantir que o estado disponibilize a estrutura adequada para

acompanhar, fiscalizar, avaliar e monitorar a execução desses planos e das ações de saúde no estado do Rio Grande do Sul.

9 AUDITORIA ESTADUAL

Criada em 1993, pela Lei nº 8689, e regulamentada pelo Decreto Lei nº 1651, em 28 de setembro de 1995, é o componente da esfera estadual do Sistema Nacional de Auditoria. Tem como objetivo planejar e executar auditorias nos sistemas de saúde municipais, bem como nos serviços públicos e privados contratados integrantes do Sistema Estadual de Saúde, garantindo o cumprimento dos princípios norteadores do SUS junto com o sistema nacional e os sistemas municipais de auditoria.

O Sistema Estadual de Auditoria está estruturado com um Núcleo Central – CAME - e dezoito (18) núcleos regionais. Mantém relações interinstitucionais com os seguintes órgãos: Ministério Público Estadual e Federal, Poder Judiciário, Departamento da Polícia Federal e Civil, Conselhos Estadual e Municipais de Saúde, Tribunal de Contas do Estado e da União, Procuradoria Geral do Estado e Conselho Regional de Medicina.

No Rio Grande do sul, são desenvolvidas as seguintes ações:

1. Auditoria de AIHs bloqueadas: são bloqueadas uma média de 3% das AIHs apresentadas mensalmente, tendo como critério o percentual de até 20% do valor superior maior, considerando o valor médio da AIH do prestador, nos hospitais contratualizados, com valor pago por procedimento. Nos hospitais contratualizados por valor global, o bloqueio é realizado com o mesmo critério na alta complexidade. Esta auditoria é prévia ao pagamento, realizada em 100% das AIHs bloqueadas. Esta análise prevê a possibilidade de mudança do procedimento a ser pago, glosa da AIH ou liberação para pagamento quando não encontradas irregularidades na análise comparativa entre o prontuário com o valor a ser pago ao prestador.

2. Auditoria das faturas apresentadas pela compra de leitos pela SES: é realizada em 100% das internações.

3. Denúncias de cobrança a usuários: são auditadas 100% das denúncias de cobrança a usuários. A Lei 11867/2002 prevê as penalidades de advertência, multa, suspensão temporária ou definitiva de repasse de recursos do Tesouro do Estado, suspensão do atendimento ou exclusão do Sistema Único de Saúde. São infrações passíveis de punição:

obstar e dificultar o acesso do usuário ao SUS; exigir, solicitar ou receber, para si ou para outrem, direta ou indiretamente, vantagem indevida, ou aceitar promessa de tal vantagem de usuário, familiar e/ou responsável como condição ou após a realização de uma ação ou serviço de saúde oferecido pelo SUS; concessão de preferência ou privilégio de qualquer espécie, no âmbito do SUS, para atendimento de beneficiário de seguro, plano de saúde ou outra modalidade assistencial de medicina de grupo.

4. Auditorias de Gestão Municipal: estas auditorias não são realizadas atualmente, devido ao parecer PGE nº 14249, de 2005, que vetou a realização de auditorias de gestão por esta CAME, reiterado em julho de 2008.

5. Auditorias regulares de prestadores de serviços: estão sendo auditados todos os serviços de oftalmologia do estado. Estas auditorias geram recolhimento de valores corrigidos (OR) quando encontradas irregularidades comprovadas.

6. Auditorias de prestadores por supostas irregularidades: estes prestadores são selecionados pelas análises de BPAs ou Relatório de AIHs pagas. Geram recolhimento de ORs.

7. Pesquisa de satisfação do usuário: são auditadas 100% das denúncias de cobrança.

8. Ouvidoria/SUS/MS: atualmente, a ouvidoria é de responsabilidade da CAME. As demandas do estado são disponibilizadas via sistema, encaminhadas e respondidas aos usuários e/ou via sistema.

9. Denúncias espontâneas: recebidas via e-mail, telefone, carta ou realizadas de forma presencial na CAME. Quando pertinentes, são auditadas na sua totalidade.

10. Solicitações de auditorias de outros órgãos (MPE, MPF, CES, CMS, COGEREs): quando solicitado por outros órgão ou entidades, é realizado atendimento de 100% das demandas.

Em 2009, iniciou-se a realização de auditorias de todos os óbitos maternos, neonatais precoces e fetais de RNs com peso igual ou superior a 2500g/SUS, com o objetivo de detectar falhas na assistência que possam ser corrigidos pelos prestadores ou SES.

10 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

O número de médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem por mil habitantes vem aumentando no estado, como se constata a partir de dados fornecidos pelos Conselhos Regionais (tabela 88).

A análise da distribuição do número de profissionais por habitantes, no ano de 2007, nas 19 regiões de saúde, mostra tendência de maior número naquelas regiões em que há maior concentração de instituições de ensino superior, como a região metropolitana e as regiões de Pelotas, Santa Maria, Caxias do Sul e Passo Fundo. A 1ª CRS apresenta número de médicos e técnicos e auxiliares de enfermagem bem mais elevados que as demais regionais.

Em relação aos médicos, a 1ª CRS, em 2007, apresentava uma concentração de 3,36 médicos por 1.000 habitantes, 6,5 vezes maior que o menor valor apresentado, que é de 0,52 por 1.000 habitantes e corresponde à 15ª CRS. No estado, esse indicador é de 2,02 médicos por 1.000 habitantes (tabela 88 e gráfico 60).

Quanto aos enfermeiros e odontólogos, os maiores números ficam com a 1ª e 4ª CRS, respectivamente. A concentração de técnicos e auxiliares de enfermagem é menor na 19ª CRS, que conta com 3,3 profissionais para cada 1.000 habitantes.

Tabela 88 – Número de profissionais de saúde por 1.000 habitantes, RS, 2005-2007.

Ano	Médicos	Odontólogos	Enfermeiros	Téc + Aux Enfermagem	Farmacêuticos	Psicólogos	Fisioterapeutas	Terapeutas Ocupacionais
2005	1,9	1,1	0,9	6	0,82	0,98	0,3	0,04
2006	1,87	n.d*	0,97	6,55	0,91	1,12	0,46	0,04
2007	2,02	1,19	1,1	7,15	0,92	1,17	0,56	0,04

* não disponível

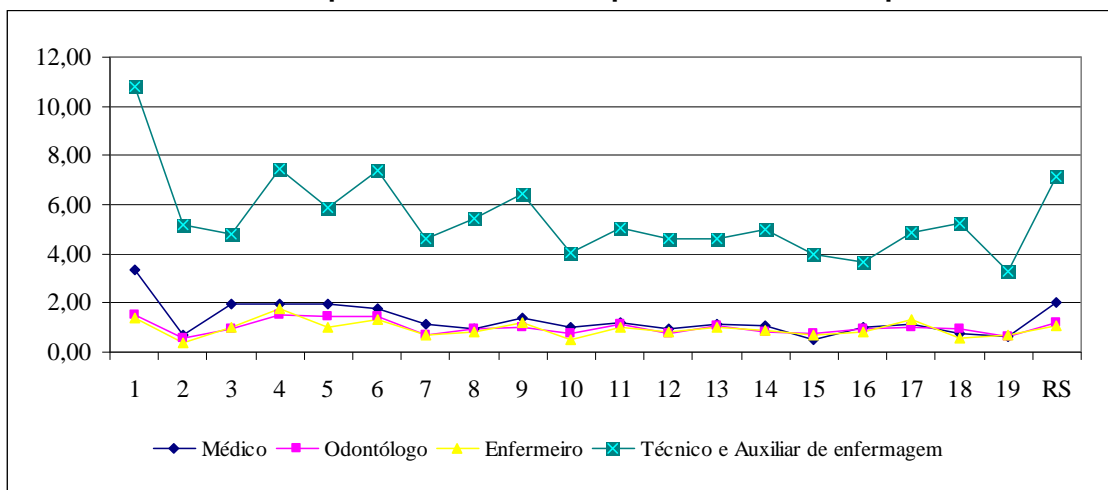
Fonte dos dados brutos: CREMERS; CRO/RS; COREN/RS; CRF/RS; CRP/RS; CREFITO/RS; IBGE

Tabela 89 – Número de profissionais de saúde por 1.000 habitantes, por CRS, RS, 2007.

CRS	Médicos	Odontólogos	Enfermeiros	Téc+ Aux.
1	3,36	1,51	1,43	10,8
2	0,69	0,55	0,40	5,2
3	1,94	0,92	0,95	4,8
4	1,95	1,53	1,83	7,4
5	1,93	1,46	1,03	5,9
6	1,76	1,48	1,26	7,4
7	1,15	0,70	0,71	4,6
8	0,94	0,93	0,78	5,4
9	1,39	1,00	1,23	6,4
10	1,00	0,73	0,47	4,0
11	1,22	1,13	1,05	5,1
12	0,95	0,78	0,79	4,6
13	1,12	1,05	0,99	4,6
14	1,04	0,80	0,87	5,0
15	0,52	0,76	0,73	4,0
16	0,99	0,92	0,79	3,7
17	1,12	1,01	1,26	4,9
18	0,79	0,96	0,56	5,2
19	0,63	0,62	0,75	3,3
Total	2,02	1,19	1,10	7,2

Fonte dos dados brutos: CREMERS; CRO/RS; COREN/RS; IBGE

Gráfico 62 - Número de profissionais de saúde por 1.000 habitantes, por CRS, RS, 2007.



Fonte dos dados brutos: CREMERS; CRO/RS; COREN/RS; IBGE

Recursos Humanos: situação da gestão estadual

A Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul conta com 5.269 servidores próprios, sendo que 1.952 exercem atividades nos municípios em razão da implementação do SUS. Também exercem atividades na SES-RS 900 servidores de outros órgãos federais, estaduais e municipais.

Os servidores próprios estão distribuídos conforme segue:

Tabela 90 - Quadro dos Funcionários da Saúde Pública da SES-RS, RS, 2008.

Grau de Instrução	Quantidade
Nível Superior	1.195
Nível Médio	177
Nível Fundamental	877

Fonte: DRH/DA/SES-RS

A SES-RS conta ainda com 402 servidores de nível superior no Quadro dos Técnicos Científicos, 26 de nível médio e 36 fundamental, oriundos do Quadro Geral do Estado. Em relação ao número de servidores não efetivos, ou seja, aqueles que, com a Constituição de 1988, foram tornados estáveis por já desempenharem suas funções num período anterior há cinco anos, são os celetistas e os extranumerários, 672 servidores de nível superior, 227 de nível médio e 976 de nível fundamental. Além disso, a SES conta com 202 servidores em Cargos em Comissão.

Com relação à FEPPS, verifica-se que conta com quadro próprio, conforme a Lei 11.771/2002; entretanto, nunca preenchido. Atualmente, esta fundação conta com um quadro especial em extinção, com 179 profissionais de nível superior, 34, de nível médio e 266, de nível fundamental. Atualmente, observa-se que os laboratórios regionais da FEPPS enfrentam dificuldades em função da carência de recursos humanos.

Com a implantação do SUS nos municípios do RS, a tendência é de que haja uma diminuição no número de servidores na Secretaria da Saúde do Estado do RS, tendo em vista que, com a municipalização das ações e serviços de saúde, a competência para reposição de servidores passa a ser dos municípios.

A partir de 1998, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 20, houve um número muito grande de solicitações de aposentadorias (2.724), diminuindo

consideravelmente o número de servidores na SES. Outros 695 servidores deixaram a secretaria a partir do mesmo ano por motivo de exoneração ou falecimento. Após avaliação, a DRH verificou que, até o ano de 2011, há previsão de que 700 funcionários deixem a secretaria por motivo de aposentadoria. Destes, 400 são servidores que atualmente estão municipalizados, ou seja, cedidos aos municípios de Porto Alegre e interior do estado.

Ingressaram na SES-RS, desde 1998, 1.925 servidores, que foram lotados nas unidades de trabalho localizadas em Porto Alegre-RS e nas sedes das Coordenadorias Regionais de Saúde localizadas no interior.

A Secretaria da Saúde do Estado do RS possui um Plano de Cargos criado através da Lei nº 8189/86, que contempla categorias funcionais de nível fundamental, médio e superior. Atualmente, foi contratado o IBAM para reestruturar o atual Plano de Cargos da SES-RS.

11 INFRAESTRUTURA

Tendo em vista atender às competências do gestor estadual definidas nas normatizações legais e nos documentos do SUS, a dimensão da infraestrutura organizacional e administrativa da SES-RS também será considerada neste documento. Os principais projetos desenvolvidos pela SES quanto à infraestrutura de apoio às atividades da secretaria são as seguintes:

Plano Diretor de Informática - PDI - a partir de diagnóstico feito no ano de 2003, que constatou a precariedade e o atraso tecnológico da secretaria, a falta de interligação do nível central com as CRS e a falta de equipamentos e familiaridade dos servidores com essa tecnologia, o PDI foi estabelecido como meta prioritária e proporcionou modernização, acesso dos servidores à rede mundial de computadores, videoconferência e uso do e-mail como principal ferramenta de comunicação passando de 254 para 2.455 usuários.

Hoje a SES-RS tem uma das mais modernas estruturas informatizadas das secretarias estaduais, com todos os órgãos interligados por rede lógica e acesso de todo o quadro funcional aos mais modernos equipamentos. Está sendo implantando a FASE III do PDI -troca de equipamentos com processador inferior a Pentium IV – e sendo realizado o planejamento da FASE IV (2009-2010-acréscimo de equipamentos). O PDI atende também à área de software, com 113 sistemas diferentes. Todas estas atividades estão sendo implementadas apenas com quatro servidores, o que torna a situação crítica para atender todas as necessidades da SES.

Projeto de Renovação da Frota - diagnóstico feito em 2004 demonstrou que a frota da SES tinha média de uso de 17 anos, com altos custos de manutenção, veículos sem condições de trafegabilidade em longas distâncias, acarretando risco de vida aos servidores, centenas de veículos não regularizados com a FUNASA, o INSS e os municípios, além da imensa quantidade de sucatas. O Plano de Renovação da Frota estabeleceu três pontos fundamentais: renovar a frota da SES, reduzindo a idade média para 10 anos, regularizar veículos cedidos pelo INSS, FUNASA e os cedidos aos municípios e leiloar sucatas.

Atualmente está sendo implantado a ETAPA III do planejamento, retirando os últimos veículos com mais de dez anos de uso e adquirindo novos veículos para as CRS e nível central.

Também está concluído o processo de regularização dos carros do INSS e FUNASA com a SES e iniciando o processo de regularização dos veículos à disposição dos municípios.

Projeto de Implantação da Divisão de Compras – a Seção de Compras da SES existia com um objetivo principal: comprar, por dispensa, medicamentos que a SES “não conseguia” comprar por licitações. Isso gerava inúmeros apontamentos do TCE. A meta de criar uma divisão, capacitar servidores, implantar pregão eletrônico e implantar sistema informatizado de gerenciamento está quase concluída.

Atualmente, a SES tem uma Divisão de Compras com autonomia para realizar a compra de medicamentos para todos os órgãos de governo e não apenas da secretaria. Os servidores foram capacitados com curso de pregoeiros, a divisão está toda informatizada e realiza pregões eletrônicos com repercussão nacional, que têm se mostrado dos melhores do Brasil, com vários estados buscando adesão aos nossos registros de preços por serem os menores preços conseguidos em licitações de medicamentos. Está em fase de implantação o sistema informatizado de gerenciamento de compras, tendo sido há dois anos contratada a PROCERGS para este fim.

Os pregões da SES-RS para compra de medicamentos são exemplo de transparência, redução de custos e menores preços do Brasil, reconhecido pelo programa estadual “Fazendo Mais Com Menos” e por revistas especializadas. Hoje, o grande problema nessa área é a falta de pessoal, pois não aumentou nenhum servidor e foram adicionadas tarefas antes da CELIC, além da baixa remuneração dos pregoeiros.

Projeto de Implantação da Divisão de Contratos e Fiscalização de Contratos da SES -
A contratação de consultoria pela SES/MS separou as áreas de contratos e convênios, com projetos próprios para cada uma. O Departamento Administrativo – DA - assumiu a área de contratos e implementou o projeto. Assim o DA assumiu toda a área de contratos, doações, contratualizações do SUS, etc., sendo que hoje são confeccionados mais de 3.000 instrumentos por ano.

Está em fase de implantação o sistema informatizado de gerenciamento de contratos, que permitirá a confecção, controle e consulta de todos envolvidos aos dados dos contratos, tendo sido há dois anos contratada a PROCERGS para este fim.

Não havia sistema de fiscalização de contratos na SES. Hoje, há regras instituídas de fiscalização, gestor centralizado para fiscalização e fiscais em todas as unidades, além de haver adotado procedimento padrão para as irregularidades contratuais.

Projeto “Patrimônio Público: eu cuido” - a SES-RS tinha, em 2003, 187.242 bens cadastrados. Destes, somente 49.490 eram de uso da SES, sendo os demais 137.752 de uso dos municípios, mas exigindo controle anual da SES. O programa estabeleceu quatro pontos a serem tratados: doação definitiva de bens móveis em situação de “cedidos” aos municípios, doação definitiva de veículos cedidos aos municípios, doação de imóveis, terrenos e prédios, utilizados pelos municípios em função da municipalização da saúde e controle eletrônico do patrimônio da SES.

Hoje esta concluída a doação de bens móveis, em processo de finalização as doações dos veículos; em andamento as doações dos imóveis, porque dependem do interesse dos administradores. Hoje é vedado fazer cessões de uso na SES-RS, sendo a regra doações e ou doações com encargos.

A SES implantou o emplacamento com código de barras, sendo tombados 100% dos móveis novos e ainda não iniciado o dos móveis antigos por falta de pessoal. Também ainda não foi implantado o sistema informatizado para leitura patrimonial através de leitores óticos.

Projeto de Modernização dos Serviços Gerais (arquivo, telefonia, reprografia) - reativada a Divisão de Serviços Gerais, em 2004, que estava desativada há 05 anos, e iniciada a modernização dos serviços, substituição dos aparelhos telefônicos no Núcleo Central e a substituição nas demais unidades e coordenadorias. Realizada a aquisição e centralização das máquinas reprográficas nas unidades da SES, criando 03 centrais de cópias no Núcleo Central SES, uma por andar e substituição em todas as CRS.

Foi reformada a primeira parte do arquivo geral e está em processo licitatório a segunda, além de estar em contratação a prestação de serviços terceirizados para o arquivo geral. Isso tem como objetivo a realização da organização do acervo documental da SES e aplicação da Tabela de Temporalidade de Documentos - TTD - e posterior digitalização dos mesmos.

Em relação à reforma das cozinhas do 4º, 5º e 6º andares do CAFF e aquisição de utensílios de cozinha, aparelhos elétricos (microondas, cafeteira industrial e bebedouro) e mobiliário das copas, está em contratação a prestação de serviços de copeiros e garçons, para desativação das cozinhas de cada departamento. A SES-RS possui contratos com empresas prestadoras de serviços que preveem a contratação de 168 profissionais das áreas de limpeza e vigilância.

Além desses projetos, a SES conta em sua estrutura com um Núcleo de Informática subordinado ao Departamento Administrativo, dedicando-se, principalmente, a coordenar a distribuição de equipamentos, conforme definido no Plano Diretor de Informática, e ao gerenciamento da rede interna da SES. Não obstante, a infraestrutura de informação e informática tem sido qualificada através da incorporação de equipamentos, instalação de rede lógica interligando os setores da SES-RS, gestores, serviços e conselhos de saúde. A descentralização da coleta e sistematização de dados vem sendo intensificada e, embora, ainda não institucionalizado, o georreferenciamento é utilizado por alguns setores.

12 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação em Saúde no Rio Grande do Sul tem o objetivo de promover a educação, capacitação, qualificação e a produção de conhecimentos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Não há como falar em educação em saúde sem referir a Escola de Saúde Pública - ESP, criada em 1962 no Rio Grande do Sul, muito antes, portanto, do movimento pela reforma sanitária. Na época, a necessidade era de realização de cursos anuais e regulares para a formação de técnicos nos diversos setores da saúde pública. Sua origem, no entanto, remonta à Escola de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, criada em 1939.

Em 1975, ocorreu o primeiro Curso de Saúde Pública – que atualmente está em sua 30ª edição - com o objetivo de mudar o ensino tradicional e normativo da época. Em 1976, o hoje Centro de Saúde Escola Murialdo, vinculado à ESP, iniciou no Brasil o Programa de Residência em Saúde Comunitária. Entre os anos de 1975 a 1979, a ESP foi o principal centro formador em saúde pública do sul do país, abrigando, inclusive, alunos de outros estados.

A reforma sanitária brasileira encontra-se em fase de afirmação, e a formação de profissionais da saúde ainda é muito focada na clínica, fortemente especializada e dentro de uma perspectiva corporativa. Ao longo de sua existência, a ESP ampliou e diversificou sua área de atuação, incluindo cursos de pós-graduação, programa de residência e especialização em área profissional, cursos de aperfeiçoamento, cursos de educação profissional, bem como atividades de extensão.

A escola conjuga educação permanente e educação continuada e desenvolve pesquisas na área da saúde coletiva como, por exemplo, epidemiologia da violência, recursos humanos em saúde no RS e desigualdades em saúde.

A educação permanente é vista como um dispositivo fundamental de promoção de saúde e, por isso, a ESP ampliou seu escopo de ofertas de produtos de educação em saúde e realiza cursos de atualização em diferentes temas. Entre eles, pode-se citar: saúde do idoso, violência e saúde, saúde mental, redução de danos, participação e controle social, saúde indígena, consciência negra, odontologia para pessoas com deficiência, psicossomática, entre outros. Nos últimos anos, as atividades da ESP foram atualizadas, tendo como competências:

“(...) promover e executar (...) o desenvolvimento de recursos humanos da Secretaria da Saúde; assessorar os municípios no que se refere à

implementação dos sistemas municipais de saúde, em conjunto com as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS); promover estudos e pesquisas sobre assuntos do setor saúde; promover convênios, acordos (...) para ensino, estudo e pesquisa, visando à troca de informações e a cooperação nos programas compreendidos em seu âmbito de ação”.

Nesse movimento, as CRS passam a assumir a responsabilidade pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento do sistema regional de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica, operacional e de diálogo com os municípios, com o objetivo político de organizar os sistemas e serviços de saúde, segundo os princípios do SUS. Em cada CRS, foi desencadeada a implementação dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva - NURESC, vinculados ao projeto político e pedagógico da ESP.

A Escola de Saúde Pública tem como estratégia a organização de uma rede descentralizada que conta com NURESC e Núcleo de Informação e Divulgação em Saúde – NIDS - distribuídos nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde. Criados em 2000, os NURESC têm, entre suas metas: articular o desenvolvimento científico e tecnológico regional em saúde coletiva; desencadear uma política de formação e de educação continuada junto aos municípios em cada CRS; articular os órgãos formadores, as ONGS e os movimentos sociais, no âmbito regional, nas áreas de interesse do SUS voltadas para os serviços de saúde, para o debate das políticas públicas em saúde e para a construção dos sistemas municipal e regional de saúde. Estes Núcleos representam uma das mais importantes estratégias adotadas pela ESP, tematizando a capacitação, a pesquisa e a documentação em saúde como tarefa da condução política do SUS de forma descentralizada.

Em 2002, foi criado o Centro de Informação e Documentação em Saúde - CEIDS, que transformou a biblioteca da ESP em um serviço de informação bibliográfica e documental condizente com as variadas responsabilidades institucionais. O CEIDS participa do trabalho com os NURESC como facilitador no processo de educação, pois disponibiliza a informação e a documentação necessária para a formação, capacitação e qualificação profissional.

Assim, pode-se afirmar que, no Rio Grande do Sul, o desenvolvimento de ações de educação em saúde vem contribuindo para a formação de trabalhadores para o SUS em prontos estratégicos do estado, bem como desenvolvendo ações de educação popular em saúde para a comunidade. Em síntese, a atuação em educação em saúde abrange quatro eixos: educação permanente, pós-graduação, educação profissional e pesquisa.

A Política de Educação Permanente no Rio Grande do Sul está baseada na aprendizagem no trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Ela pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, acontece no processo de trabalho cotidiano das pessoas e das organizações. É feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que já têm, tendo em vista transformar as práticas profissionais dos trabalhadores em saúde.

No estado, as diretrizes para a Educação Permanente à luz do Pacto pela Saúde, atribuem aos Colegiados de Gestão Regional - COGERE - a condução regional da política, com participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço - CIES - na definição de um Plano Regional de Educação Permanente em Saúde a partir dos planos regionais e municipais de saúde. A Escola de Saúde Pública, por meio de seu setor de Educação Permanente – CIES/ESP, trabalhou em conjunto com a Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RS - na construção das propostas que institucionalizam a Política de Educação Permanente em Saúde do estado.

A extensão, processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e que possibilita a interação com a comunidade, se realiza através de diversos núcleos. Essas atividades reforçam o compromisso não só com a qualificação dos trabalhadores de saúde, mas com a sociedade em que se insere.

O Centro de Referência em Redução de Danos - CRRD, cujas atividades iniciaram em 1999, abrange assessoria e educação na proposta que engloba o pensar, o refletir e o discutir a vida individual e a coletiva.

O Núcleo de Educação Permanente para o Controle Social do SUS - NEPCSS - tem como principais atribuições a capacitação de conselheiros de saúde, a elaboração de materiais didáticos, de projetos, de relatórios, além da articulação com outros setores da ESP, acompanhamento, avaliação e certificação de cursos, bem como a participação em comissões temáticas. Também está ligado a eventos relacionados ao tema da Participação e do Controle Social na Política Pública da Saúde e está representado na Comissão de Educação Permanente do Conselho Estadual de Saúde.

O Núcleo de Educação em Saúde das populações Indígena e Negra é responsável, juntamente com o Departamento de Ações de Saúde, pelas atividades voltadas à educação

em saúde destes segmentos, através da articulação de parcerias intra e interinstitucionais, visando o fomento e desenvolvimento de projetos para a melhoria de sua qualidade de vida.

O Núcleo de Vigilância em Saúde, criado em 2007 para formalizar o relacionamento institucional entre a ESP e o Centro Estadual de Vigilância em Saúde - CEVS, reforçando uma parceria ensino-serviço. Seu objetivo é estabelecer um processo de educação continuada em vigilância em saúde que aproxime a construção teórica e as práticas de campo e desenvolver projetos técnicos e científicos que apoiem as ações do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde.

O Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica, que também articula as políticas de ciência, tecnologia e inovação no âmbito dos insumos para a saúde.

Núcleo de Estudos e Pesquisa em Direito Sanitário, que tem como objetivo consolidar um espaço para o avanço do debate sobre o direito à saúde, demandas públicas e direitos humanos no contexto da sociedade contemporânea.

A partir de 2003, a SES-RS instituiu a Política de Humanização do SUS sob a coordenação da ESP, que de forma articulada e descentralizada procura apoiar municípios e serviços interessados em construir modelos de gestão e atenção em saúde em sintonia com os princípios do SUS.

A Escola de Saúde Pública, além da formação de profissionais para atuação nos diferentes espaços de saúde pública, tem projetos permanentes e realiza encontros que têm repercussão social pela sua abrangência e pela qualidade, posto que trabalha permanentemente a inclusão oferecendo cursos, seminários, debates, projetos que buscam a qualificação dos profissionais e também o diagnóstico por meio da escuta e do debate com os próprios usuários dos serviços. Um exemplo é a abertura da escola para o projeto de alfabetização voltado aos pacientes egressos do Hospital Psiquiátrico São Pedro, hoje residentes na Morada São Pedro.

No âmbito do ensino de pós-graduação, são regulares os seguintes cursos de especialização: o de Saúde Pública, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ/MS; o Direito Sanitário, que se propõe a qualificar profissionais do setor saúde e do Poder Judiciário e Ministério Público na temática e possibilitar um intercâmbio de experiências destes profissionais visando igualar a discussão sobre direito sanitário no RS.

O Programa de Residência Integrada em Saúde - RIS - médica e multiprofissional possui quatro ênfases: Atenção Básica em Saúde Coletiva, no Centro de Saúde Escola

Murialdo; Saúde Mental Coletiva, no Hospital Psiquiátrico São Pedro; Dermatologia Sanitária, no Ambulatório de Dermatologia Sanitária; Pneumologia Sanitária, no Hospital Sanatório Partenon, todos vinculados à Secretaria Estadual da Saúde. Todas as residências médicas são credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM-MEC - e as residências multiprofissionais, no Ministério da Educação.

Cabe destacar as ações de educação desenvolvidas nos serviços próprios da SES, ou seja, no Hospital Psiquiátrico São Pedro - HPSP, no Hospital Sanatório Partenon - HSP, no Hospital Colônia Itapuã - HCI, no Ambulatório de Dermatologia Sanitária - ADS e no Centro de Saúde Escola Murialdo - CSEM. Esses locais são campos de estágio para a formação de recursos humanos para dez áreas profissionais da saúde e capacitação de servidores de todo o estado. Em 2009, o CSEM foi municipalizado, sendo que a atenção à saúde da população é de responsabilidade da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. A gestão do ensino, no CSEM, permanece vinculada à Secretaria da Saúde do Estado – SES-RS.

Estes serviços compõem um campo de prática para mais de trinta instituições de ensino superior (graduação e pós-graduação *lato-sensu*) e médio. Percebe-se que esses campos de atuação são estratégicos para SES-RS, pois através das ações de educação profissional para o SUS, buscam a consolidação da política de saúde no Rio Grande do Sul através da formação de recursos humanos qualificados.

No âmbito da educação profissional, a SES-RS passou a contar com a Escola de Educação Profissional - ETSUS - que tem como principal função a formação de trabalhadores de nível médio do SUS. A fase atual é de instalação na área física própria e de processo de credenciamento junto ao sistema estadual de educação, requerendo a autorização para a realização dos seguintes cursos técnicos: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, vigilância em saúde e saúde bucal.

13 PESQUISA EM SAÚDE

As ações de pesquisa em saúde são realizadas pela Escola de Saúde Pública - ESP - e pela Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde - FEPPS. Na Escola de Saúde Pública, a coordenação de Pesquisa tem o objetivo de assessorar a direção da ESP na definição de uma política de pesquisa para a instituição, articular relações com as demais instituições de pesquisa em saúde do estado do RS, bem como com instituições nos âmbitos nacional e internacional. Essas ações têm como objetivo a busca de oportunidades de desenvolvimento de projetos interinstitucionais e estudos multicêntricos, o estabelecimento de elo entre os pesquisadores da ESP e os pesquisadores dos demais órgãos de saúde da administração estadual. Ainda há o estímulo à produção científica da ESP, através da realização de seminários temáticos, fóruns de discussões sobre projetos em andamento, entre outras atividades, e deliberar, em primeira instância, sobre aspectos éticos envolvidos nas pesquisas realizadas na ESP.

A ESP caracteriza-se como um centro de pesquisa do estado para o SUS, por meio da participação e do desenvolvimento de projetos próprios a partir da iniciativa das equipes, em função da experiência e da inserção em áreas específicas, gerando e sistematizando conhecimento. Assim, desempenha papel de executora de pesquisas de interesse das políticas de saúde, de acordo com a agenda de pesquisa para o SUS/RS, subsidiando as decisões e ações sobre as políticas setoriais. Também participa da gestão compartilhada do Programa Pesquisa para o SUS, articulando as diversas organizações de pesquisa integrantes por princípio do SUS no RS, sejam elas próprias da SES-RS ou vinculadas a instituições de ensino e pesquisa públicas ou privadas.

A Coordenação de Pesquisa possui dois braços: a Rede do Observatório de Recursos Humanos em Saúde/ESP, vinculada a ROREHS/MS/OPAS, e o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ESP.

A Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde, através do Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FEPPS/CDCT, atua em linhas de pesquisa voltadas ao desenvolvimento de produtos e metodologias ligados à área de biotecnologia em saúde, tais como diagnóstico molecular de doenças, biomedicamentos, síntese de fármacos, criação de animais para a produção de imunobiológicos e realização de pesquisas, criação e implantação de critérios e padrões de certificação de tecnologias sanitárias. Possui

capacidade instalada para diagnóstico de última geração, utilizando técnicas de Biologia Molecular e testes de identificação de paternidade.

Linhas de Pesquisa em andamento (registradas no CNPq) na FEPPS:

1. Desenvolvimento, padronização e validação de métodos moleculares para o diagnóstico de enfermidades e caracterização de seqüências genômicas.

2. Desenvolvimento, caracterização e validação de medicamentos, insumos farmacêuticos e modelos biológicos para pesquisas médicas.

Atualmente, existem vários projetos em desenvolvimento. Na área de desenvolvimento de kits de diagnóstico, são os seguintes:

1. kit molecular para identificação de tuberculose – patente solicitada ao INPI em 1999 e uma patente da versão atualizada em 2009;

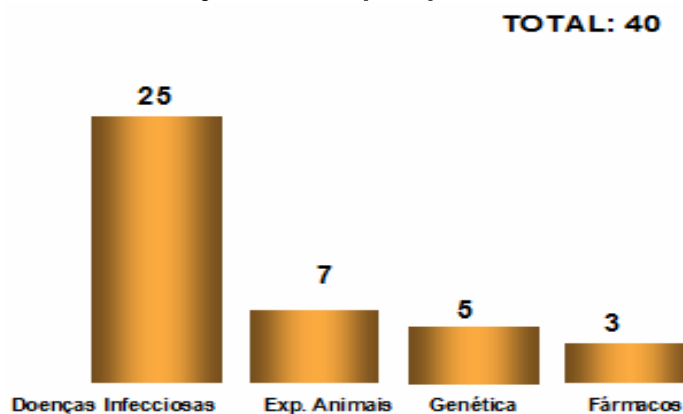
2. kit para detecção de resistência ao tratamento da tuberculose - patente em andamento com a parceria da FIOCRUZ;

3. kit molecular para detecção de Papillomavírus Humano - HPV;

4. kit para detectar e genotipar o vírus da hepatite C - HCV;

5. implantação de cultivo celular e modelos pré-clínicos em ratos e camundongos visando o emprego de células-tronco para a regeneração cardíaca;

Gráfico 63 – Número de Projetos de Pesquisa por área, FEPPS/SES-RS, 2009.



Fonte: CDCT/FEPPS /SES-RS

A FEPPS mantém uma Coordenação de Produção e Experimentação Animal - CPEA - que possui o importante objetivo de produzir animais de laboratório com qualidade genética e sanitária para o desenvolvimento de pesquisas na área biomédica, consolidando sua posição de produtora e de apoio à pesquisa junto aos pesquisadores do estado do Rio Grande do Sul. Este é o único centro de referência de produção e criação de animais de laboratório no estado que fornece animais, apoiando programas e pesquisas na área médica e ambiental e fornecendo animais de laboratórios para pesquisadores tanto da FEPPS quanto de outras instituições.

A FEPPS/CDCT, a fim de cumprir o seu compromisso, está trabalhando conforme o seguinte fluxo: os projetos são elaborados atendendo a demanda (prioridades da área da saúde). Estes projetos, na maioria, geram novas tecnologias, e a sua execução possibilita a formação de profissionais da FEPPS ou de outras instituições. Após validar suas metodologias, também faz treinamentos que permitem a implantação dos métodos no sistema de saúde.

As novas metodologias podem ser patenteadas, e a tecnologia, repassada para o setor público ou privado. Os projetos são desenvolvidos em parceria com as universidades e institutos de pesquisa nacionais e internacionais.

Os recursos financeiros de pesquisa tem sido, principalmente, externos e incluem:

1. fomento de pesquisa - aproximadamente R\$ 5.200.000,00 nos últimos 5 anos através de editais de pesquisa (PRONEX, Instituto do Milênio, Unesco, FINEP, FAPERGS);

2. bolsas de pesquisa - os recursos investidos em bolsas somam, aproximadamente, R\$ 300.000,00 por ano.

Rede Observatório de Recursos Humanos

A ESP integra a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil - RORHES, criada em 1999, coordenada pelo Ministério da Saúde, que compõe um projeto de âmbito continental – 21 países - da Organização Panamericana da Saúde - OPAS. Tem como objetivo proporcionar o acesso a informações e produzir pesquisas e análises sobre recursos

humanos de saúde no país, apoiar a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e programas setoriais, bem como a regulação social dos sistemas de educação e trabalho em saúde.

No Brasil, a ROREHS é composta por estações de trabalho, sendo a ESP a estação do RS, implantada em 2005. A possibilidade de realizar pesquisas mobilizou profissionais da ESP, que perceberam a oportunidade de avançar em conhecimentos sobre demandas há muito para serem investigadas na área. Investir na capacitação dos gestores, dos agentes comunitários de saúde, buscar outras formas de valorização dos recursos humanos em nível de pós-graduação e realizar parcerias com universidades na formação de profissionais com perfil mais adequado à realidade da saúde são alguns dos desafios que emergem dos resultados de suas pesquisas.

Comitê de Ética em Pesquisa

Criado em 2001, o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, objetiva defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

A pesquisa na ESP e na FEPPS deve apoiar, principalmente, o fortalecimento de grupos de pesquisas por temas, com o objetivo de potencializar suas iniciativas dentro de diretrizes específicas. Atualmente, a coordenação de pesquisa está estruturando a Política de Pesquisa da Escola de Saúde Pública, a qual deverá pautar e nortear os futuros estudos, pesquisas e cursos de formação a serem realizados na ESP e no estado, respeitando as prioridades em saúde definidas pela ESP/SES-RS. Na FEPPS, o referido comitê está vinculado à diretoria técnica da fundação.

Análise de DNA e experimentação

Em apoio às demandas judiciais gratuitas de investigação de paternidade e/ou maternidade com técnicas de DNA, a FEPPS firmou convênio no ano de 2007 com o Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul e com a Defensoria Pública para a realização dos testes de DNA, que foram iniciados em julho de 2007. Além de promover uma economia de

mais de 40% dos valores anteriormente praticados e pagos através do Tesouro do Estado, foi possível acabar com a fila de espera que era de 16 meses nestas demandas. As coletas são feitas em 8 municípios do Estado, inclusive em alguns locais através de plantão no momento da própria Audiência de Conciliação, promovendo a integração social e familiar de milhares de crianças.

14 INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O sistema de saúde brasileiro sofreu amplo processo de mudanças nas últimas décadas, tornando-se cada vez mais complexo com a incorporação de tecnologias especializadas e possibilitando o acesso a percentuais cada vez maiores da população.

A área da informação e da informática acompanhou este crescimento. Hoje, dispõe-se de imenso volume de informações e dados (demográficos, epidemiológicos, de prestação de serviços) que são produzidos e manuseados rotineiramente, subsidiando o processo decisório e contribuindo significativamente para a qualificação do sistema. No entanto, é consenso no país que, apesar dos esforços desenvolvidos e dos avanços já obtidos, faz-se necessária a implantação de uma efetiva Política Nacional de Informação e Informática em Saúde que venha superar a atual situação de fragmentação institucional, na qual coexistem diferentes sistemas de informação paralelos e concorrentes, com bancos de dados que não se comunicam.

A situação existente na SES-RS não difere do contexto nacional e apresenta, em maior ou menor grau, dificuldades em etapas do processo de gestão da informação, tais como sistemas fragmentados, informação como propriedade de setores específicos, capacitações fragmentadas, agregação artesanal de informações para suporte à gestão e escassez de técnicos.

Observam-se dificuldades no entendimento de que a informação em saúde é importante e fundamental para o planejamento e o acompanhamento das políticas de saúde. Portanto, é fundamental que ocorra a sensibilização prévia dos gestores, e que os mesmos reconheçam que devem fazer investimentos nesta área.

Cabe ressaltar, entretanto, que iniciativas importantes e crescentes vem sendo desenvolvidas, na tentativa de superar estes problemas na SES-RS. Como exemplos destas iniciativas, pode-se citar o trabalho desenvolvido pelos grupos de Monitoramento e Avaliação da Gestão – GT M&AG, Grupo Técnico de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica – GT M&A, Grupo de Trabalho do Plano Estadual de Saúde – GT PES, Rede de Análise e Divulgação de Indicadores de Saúde - READIS, Núcleo de Análise de Situação de Saúde – NASS. A participação de técnicos da SES na Câmara Técnica de Informação e Informática do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CTIIS/CONASS, também tem colaborado com este processo. Além disto, nos últimos anos, houve sensível melhora na

qualidade e no número de equipamentos disponíveis na secretaria, atendendo ao preconizado no em cumprimento ao Plano Diretor de Informática, - PDI. Em todo estado, observam-se movimentos, tanto em secretarias estaduais e municipais quanto em diversas outras instituições, no sentido de qualificar a área de informação e informática.

A SES vem realizando atividades de capacitação nas coordenadorias regionais e nos municípios no interior do estado para a melhoria da qualidade da informação, tendo em vista conscientizar para a realização desta atividade. Entretanto, constata-se que a alta rotatividade de profissionais que desenvolvem trabalhos com sistemas de informação nos municípios e regionais de saúde acaba dificultando a aplicação dos conhecimentos adquiridos nos cursos e a continuidade do trabalho.

A atual estrutura da SES-RS contempla um Núcleo de Informação em Saúde – NIS - que trabalha exclusivamente com os sistemas de mortalidade - SIM, nascimento - SINASC - e registro de câncer - RCBP. Cabe destacar que o trabalho desenvolvido por este núcleo é reconhecido nacionalmente pela qualificação das bases de dados e por suas publicações anuais de estatísticas de nascimento e mortalidade. Os demais sistemas (aproximadamente 100) são trabalhados nos setores específicos, gerando informações isoladas, ainda pouco utilizadas no processo de organização das ações e serviços de saúde e na definição de prioridades.

Atualmente, o Núcleo de Informações em Saúde realiza um minucioso trabalho de vigilância dos óbitos, com a finalidade de qualificar a informação, haja vista que o preenchimento das declarações de óbitos ainda é um dos maiores problemas enfrentados pelo SIM. Entre as ações realizadas no sentido de qualificar a informação, buscou-se parceria com a Corregedoria Geral de Justiça do Rio Grande do Sul, que proibiu os cartórios de aceitarem Declarações de Óbitos com siglas da doença na identificação do motivo da causa do óbito.

A seguir, descrevem-se, sucintamente, alguns sistemas informação, levando-se em consideração que informação em saúde compreende quatro grandes grupos de atividades: 1) a cobertura dos eventos, que envolve procedimentos de coleta de dados e a mensuração das variáveis selecionadas; 2) a qualificação dos dados coletados; 3) a divulgação universal e 4) a análise desses dados.

Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

O SIM tem a finalidade de coletar, digitar, consolidar e publicar dados de mortalidade de todos os óbitos ocorridos no estado (independente de vínculo previdenciário) utilizando o documento padrão nacional Declaração de Óbito – DO. O Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM - torna possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações, é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área.

O SIM proporciona a produção de estatísticas anuais de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. A análise dessas informações permite estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sócio-demográficos.

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC - tem o objetivo de reunir anualmente informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional, através do documento padrão nacional chamado Declaração de Nascidos Vivos - DNV. Por intermédio desses registros, é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido. O acompanhamento da evolução das séries históricas do SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria da atenção à saúde.

Tanto o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC - quanto o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) são sistemas que apresentam a particularidade de não consolidarem apenas informações referentes ao Sistema Único de Saúde - SUS, mas de mortalidade e nascimentos de toda a população.

Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP

O RCBP tem a finalidade de coletar, digitar, consolidar e publicar dados de incidência de todos os casos de câncer de residentes em Porto Alegre (independente de vínculo

previdenciário) utilizando fichas de coleta padrão nacional recomendadas pelo INCA, com produção anual de dados.

Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

A ESF utiliza o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, sistema de informação territorializado que condensa indicadores de saúde e sócio-sanitários da comunidade de abrangência e de atividades e produção da(s) equipe(s) da ESF de cada localidade. Os relatórios produzidos permitem a visualização de desigualdades socioeconômicas, o conhecimento da realidade da população acompanhada e a avaliação e (re)adequação dos serviços de saúde oferecidos e das atividades desenvolvidas pelas equipes. Nas localidades onde existe a ESF, é referência para os profissionais de saúde atuantes.

O SIAB estadual permite o acesso aos dados por município, por regional ou de todo estado sobre a população urbana ou rural, ou ambas, num período de tempo que pode ser especificado. Fornece informações variadas; entre elas, indicadores de saúde, sócio-sanitários e de atividade/produção através de 6 tipos de relatórios. Estes são: 1) Série Histórica das Informações — mortalidade, acompanhamento de crianças e gestantes, acompanhamento de grupos, hospitalizações, marcadores e produção; 2) Consolidado de Famílias e de Saúde — cadastramento familiar, abastecimento e tratamento de água, tipo de casa e energia elétrica, destino do lixo e dejetos, fezes e urina, crianças na escola e alfabetizados, nascimentos e óbitos, crianças menores de um ano e gestantes; 3) Consolidado de Equipes — consolidado de equipes (versão 6.0), população com assentamentos/quilombolas, consolidado de equipes (modelo versão 4.2) e consolidado de equipes (modelo versão 3.5); 4) Relação do Percentual de Indicadores — gestantes menores de 20 anos, gestantes acompanhadas, gestantes com vacina em dia, consulta de pré-natal no mês, pré-natal iniciado no 1º trimestre, de 0 a 3 dias só mamando; 5) Relação de Envio de Informações dos Municípios — saúde, cadastro e produção; e, 6) Relação de Códigos [numéricos] Estado/Regional/Município.

Cabe salientar que o Pacto pela Saúde/Vida elegeu dois indicadores do SIAB como principais para avaliar a ESF: 1) média de visitas domiciliares; e 2) porcentagem de cobertura

populacional (na qual se incluem apenas as equipes cadastradas no SIAB, ou seja, aquelas que estão efetivamente em atividade).

V OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

Neste capítulo, serão apresentados os objetivos, diretrizes e metas de cada política e dos principais eixos de gestão do SUS, para o período 2009-2011. Além disso, serão apresentadas as propostas das Coordenadorias Regionais de Saúde construídas durante a oficina de trabalho realizada. Segue abaixo breve conceituação para ajudar o leitor na compreensão do conteúdo apresentado nas próximas páginas:

1)objetivos: expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas de saúde identificados;

2)diretrizes: são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas, expressas sob a forma de enunciado-síntese, que visam delimitar estratégias gerais ou prioridades do Plano Estadual de Saúde;

3)metas: são expressões quantitativas de um objetivo, a fim de concretizá-lo no tempo, ou esclarecer e quantificar "o que", "para quem" e "quando".

Na Programação Anual de Saúde, instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano Estadual de Saúde, as ações para contemplar os objetivos, bem como a provisão orçamentária e os indicadores de monitoramento e avaliação serão detalhados. Posteriormente, através do Relatório de Gestão, os resultados efetivamente alcançados são monitorados e avaliados, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo, tomando como base o conjunto de ações e metas expressas neste documento.

A estruturação deste capítulo, de modo geral, segue a mesma formatação do capítulo referente à análise situacional. Buscou-se sistematizar uma proposta que não privilegiasse o desenvolvimento de intenções, desdobradas em objetivos, diretrizes e metas, de forma setorializada ou departamentalizada, valorizando estratégias ou ações que guardassem, internamente, a concepção de integralidade da atenção à saúde em consonância com as práticas de gestão do SUS. Em vista disso, optou-se, muitas vezes, em repetir diretrizes ou metas nas diferentes proposições apresentadas, considerando que a melhoria dos problemas de saúde da população depende, quase sempre, de ações conjuntas e esforços coletivos.

1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

1.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivos:

- atuar nos riscos e vulnerabilidades estaduais e regionais definidos na análise situacional que compõe este documento;
- atender os compromissos assumidos pelo estado do Rio Grande do Sul junto à esfera federal como a Programação de Ações de Vigilância em Saúde – PAVS, e o Termo de Compromisso de Gestão estabelecido a partir do Pacto pela Saúde, entre outros;
- atender as prioridades estaduais em sua área de atuação;
- implementar e consolidar a rede de laboratórios públicos ou privados que realizam análises de interesse em saúde pública;
- promover e assessorar atendimento emergencial a acidentes tóxicos, análises laboratoriais toxicológicas e banco de dados;
- implementar a Hemovigilância no estado.

Diretrizes

1. Desenvolvimento e fortalecimento da Gestão Estadual do Sistema de Vigilância em Saúde:

- desenvolvimento e aperfeiçoamento dos documentos estruturantes da Vigilância em Saúde: Código Estadual de Saúde, Plano Diretor de VS, Relatório de Gestão Estadual, Manual de Procedimentos Operacionais, Cartilha de Informações para Gestores, Manual de Padronização Visual, Mapa de Risco e Vulnerabilidades em VS, Plano de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica;

- promoção da comunicação com os usuários do SUS, através da constituição da Ouvidoria em VS e qualificação o Disque Vigilância em Saúde (Disque 150);

- integração técnica das Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador;

- consolidação das estruturas estratégicas para a Vigilância em Saúde, com a elaboração de nova proposta de organograma, estruturação do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - CIEVS, estruturação da Unidade de Resposta Rápida - URR, implantação da rede estadual de Sistema de Verificação de Óbitos - SVO, construção da Unidade de Armazenagem, Distribuição e Processamento de Praguicidas, construção do Central Estadual de Abastecimento e Distribuição de Imunobiológicos - CEADI - e qualificação da Rede de Frios nas Coordenadorias Regionais de Saúde, qualificação de Sistemas de Informação em Vigilância em Saúde, ampliação da frota de veículos da Vigilância em Saúde, manutenção e reforma da estrutura física do CEVS e aquisição e manutenção de equipamentos;

- atendimento à Portaria nº 2.031/MS/04, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – SISLAB, em parceria com a Vigilância em Saúde, que compreende a Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde do Trabalhador, desenvolvendo e fortalecendo a Política Estadual de Vigilância em Saúde;

- atendimento aos requisitos da Portaria 2606/MS/05, que classifica os Laboratórios Centrais de Saúde Pública dos estados brasileiros e institui seu fator de incentivo, FINLACEN, para execução de ações laboratoriais de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental, e da Portaria nº 3271/MS/07, que regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados aos LACENs para a execução das ações laboratoriais de Vigilância Sanitária pela FEPPS/IPB-LACEN;

- incremento do número de pessoas sensibilizadas, de multiplicadores capacitados e de usuários informados, mediante as ações descritas nas Portarias 2.031/MS/04, 2606/MS/05 e 3271/MS/07, que são executadas pela FEPPS/IPB-LACEN;

- implantação do Núcleo de Tele-saúde na área de toxicologia, com interfaces com o Programa de Saúde da Família, pela FEPPS/CIT/RS;

- identificação de reações transfusionais adversas, notificação e intervenção, executadas em conjunto com o CEVS e a FEPPS/HEMORGS.

2. Execução das ações pactuadas ou não de Vigilância em Saúde:

- desenvolvimento de projetos transversais, ferramenta de integração técnica e operacional entre ações de Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde do Trabalhador;
- ampliação da capacidade de diagnóstico laboratorial;
- garantia das ações de Vigilância em Saúde pela execução direta de ações de VAS, VE, VISA e VST;
- qualificação das ações de Vigilância em Saúde.

3. Produção de conhecimento em Vigilância em Saúde:

- viabilização do projeto Pequenos Vigilantes e de uma Mostra Itinerante de VS para desenvolver consciência sanitária em estudantes do ensino médio;
- disponibilização de cursos de qualificação em Vigilância em Saúde;
- produção de material científico;
- confecção de material de divulgação de Vigilância em Saúde;
- elaboração de material de promoção à saúde (por gênero, ciclo de vida);
- qualificação da página da *web*.

4. Qualificação da descentralização da Vigilância em Saúde:

- acompanhamento, supervisão, monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;
- integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica;
- fortalecimento dos Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde - NUREVS;
- ampliação da descentralização da Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Vigilância Ambiental em Saúde e Vigilância Epidemiológica.

5. Quanto à qualificação e fortalecimento da rede de laboratórios do estado (FEPPS/IPB-LACEN):

- descentralização das análises laboratoriais, para o nível regional ou municipal de acordo com as condições, proporcionando maior agilidade nas ações de Vigilância Laboratorial em Saúde, focados nas prioridades regionais;
- atualização do cadastro de laboratórios públicos, privados ou conveniados capazes de realizar análises das doenças de notificação compulsória, garantindo fluxo permanente de seus resultados à FEPPS/IPB-LACEN;
- avaliação periódica da qualidade dos diagnósticos dos laboratórios credenciados pela FEPPS/IPB-LACEN.

Metas 2009-2011

1. Quanto ao desenvolvimento e fortalecimento da gestão estadual do Sistema de Vigilância em Saúde:

- desenvolver e aperfeiçoar os 08 documentos estruturantes da Vigilância em Saúde;
- constituir a Ouvidoria em VS e realizar ações de capacitação, ampliação das linhas do Disque Vigilância em Saúde (Disque 150) e reformar a sala;
- desenvolver 12 oficinas de integração técnica das Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador;
- propor novo organograma para CEVS;
- estruturar o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS - e Unidade de Resposta Rápida – URR;
- implantar o Sistema de Vigilância de Óbitos - SVO;
- construir a Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos - CEADI;
- construir a Central de Ultra Baixo Volume - UBV;
- manter e melhorar a rede de frio nas Coordenadorias Regionais da Saúde

- implementar no Sistema da Qualidade da FEPPS ações que promovam 100% da garantia;
- implementar ações que procurem garantir o controle efetivo de 100% das reações transfusionais imediatas e tardias pelo CEVS e FEPPS/HEMORGS.

2. Quanto à execução das ações pactuadas ou não de Vigilância em Saúde:

- desenvolver 05 projetos transversais entre as Vigilâncias;
- realizar de forma complementar e suplementar as ações pactuadas de Vigilância em Saúde pela execução direta de ações de VAS, VE, VISA e VST.

3. Quanto à produção de conhecimento em Vigilância em Saúde:

- executar o projeto Pequenos Vigilantes;
- criar e divulgar a Mostra Itinerante de Vigilância em Saúde;
- disponibilizar 3 cursos de qualificação em Vigilância em Saúde junto à Escola de Saúde Pública (ESP);
- produzir material científico (cadernos do CEVS, publicações em revistas científicas);
- produzir material de divulgação de Vigilância em Saúde (material institucional sobre os temas da Vigilância em Saúde);
- elaborar material de promoção à saúde (por gênero, ciclo de vida) (cartilhas, folders, cartazes, joguinhos infantis, etc., que visam divulgar informações sobre os programas de Vigilância em Saúde);
- qualificar a página da Vigilância em Saúde da *web*.

4. Quanto à Qualificação da descentralização da Vigilância em Saúde:

- realizar 19 supervisões às Coordenadorias Regionais de Saúde com relação às ações pactuadas de Vigilância em Saúde;
- elaborar documento de integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica;
- adquirir veículos e equipamentos de VS para os 19 Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde - NUREVS;

- ampliar a descentralização da Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Vigilância Ambiental em Saúde e Vigilância Epidemiológica.

5. Quanto à Qualificação e Fortalecimento da rede de laboratórios do Estado (FEPPS/IPB-LACEN):

- credenciar Laboratórios para diagnóstico de Vigilância da Qualidade da água para consumo humano;
- efetuar controle de qualidade dos laboratórios que efetuem diagnósticos em saúde pública;
- realizar concurso público para contratação de recursos humanos para a rede de laboratórios de saúde pública;
- capacitar 100% dos recursos humanos da rede de laboratórios de saúde pública;
- adequar a infraestrutura dos laboratórios de saúde pública.

6. Quanto à Qualificação e fortalecimento do Atendimento Emergencial a acidentes tóxicos, análises laboratoriais toxicológicas e banco de dados (FEPPS):

- atingir 100% da demanda de atendimentos aos acidentes tóxicos ocorridos no estado;
- atender 100% da demanda em diagnóstico de drogas de abuso no SUS;
- capacitar multiplicadores e profissionais das áreas de saúde e educação, dentro do Programa de Educação em Toxicologia da FEPPS, visando a diminuição do número de acidentes tóxicos;
- disponibilizar atendimento remoto na área de apoio diagnóstico toxicológico, por segunda opinião formativa, para as equipes de saúde da família no estado;
- promover a capacitação de recursos humanos na área de toxicologia através de ensino à distância para os profissionais das equipes de saúde da família.

1.2 POLITICA DE ATENÇÃO BÁSICA

Objetivo:

- reestruturar e implementar a Política Estadual da Atenção Básica.

Diretrizes:

- criação de grupo técnico interinstitucional para reestruturação da Atenção Básica;
- avaliação das formas de organização da Atenção Básica no Rio Grande do Sul;
- reestruturação da Política Estadual da Atenção Básica;
- implementação da Política Estadual da Atenção Básica, com incentivo para sua execução nos municípios do Rio Grande do Sul;
- consolidação do processo de pactuação dos indicadores de saúde da Atenção Básica no Estado, tanto em nível regional quanto em nível local;
- análise, monitoramento e avaliação permanentemente dos indicadores de saúde da Atenção Básica;
- realização de oficinas para apresentação e discussão da política nas sete macrorregiões de saúde, com participação das Coordenadorias Regionais, Conselhos Regionais e da Associação de Secretários e Dirigentes da Saúde - ASSEDISA;
- instrumentalização da equipe técnica da SES para a disseminação da Política de Atenção Básica no Rio Grande do Sul.

Metas 2009-2011:

- realizar oficina com 60 técnicos da SES para discussão da Política Estadual de Atenção Básica, a partir das diretrizes nacionais, no primeiro semestre de 2009;
- criar grupo técnico para reestruturação da Política Estadual de Atenção Básica;
- realizar 01 oficina em cada macrorregional da saúde para discussão da Política Estadual da Atenção Básica;

- elaborar documento contendo a Política Estadual de Atenção Básica reformulada até dezembro de 2009;
- realizar Encontro Estadual para apresentação e discussão da Política Estadual da Atenção Básica, até o final do primeiro semestre de 2010;
- capacitar técnicos da SES, envolvendo as 19 Coordenadorias Regionais da Saúde e nível central, para multiplicação e supervisão da Política Estadual da Atenção Básica;
- realizar supervisão sistemática, através de visitas bimestrais aos municípios, para acompanhamento da execução da Política Estadual de Atenção Básica;
- monitorar e avaliar o processo de pactuação dos indicadores de saúde da Atenção Básica no Estado, em nível estadual, regional e municipal;
- monitorar e avaliar permanentemente os indicadores de saúde da Atenção Básica, em nível estadual, regional e municipal.

1.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Objetivos:

- estimular a expansão da Saúde da Família como estratégia prioritária na organização da Atenção Básica;
- qualificar as Equipes da ESF no Estado do Rio Grande do Sul.

Diretrizes:

- comprometimento dos gestores municipais através de reuniões, capacitações e encontros;
- difusão da legislação pertinente à implantação, contratação e outras atividades afins da ESF aos municípios;
- divulgação das normas e diretrizes da ESF para os diversos componentes do Sistema de Saúde, quais sejam: gestores, profissionais e conselheiros de saúde;
- garantia de repasse do incentivo financeiro estadual à ESF;
- estímulo à ampliação da cobertura proporcional dos municípios com alta densidade populacional;

- capacitação dos componentes do SUS, entre eles: gestores, profissionais e conselheiros de saúde, por intermédio de curso introdutório e educação permanente, nos municípios com ESF;
- assessoria técnica ao trabalho das Equipes nos municípios;
- sensibilização dos gestores dos municípios já habilitados pelo MS para a implantação de Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família - NASF.

Metas 2009-2011:

- implantar a Estratégia de Saúde da Família em todos os municípios do estado;
- ampliar de 38% para 73% a cobertura populacional até 2011, atingindo 2.250 equipes habilitadas no estado;
- capacitar 1.050 profissionais no Curso Introdutório Módulo I até 2011;
- capacitar 300 profissionais no Curso Introdutório Módulo II até 2011;
- realizar supervisão sistemática das CRS aos municípios, através de visitas bimestrais, para acompanhamento da execução da Estratégia Saúde da Família;
- realizar supervisão anual, pelo nível central, em cada uma das 19 CRS;
- implantar 22 equipes de saúde bucal indígena na Estratégia de Saúde da Família.

1.4 ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**Objetivos:**

- ampliar a cobertura do SAMU/SALVAR no estado segundo o Plano Diretor de Regionalização do Estado;
- promover mais agilidade nos atendimentos, tornando o tempo-resposta de atendimento mais eficiente.

Diretriz:

- ampliação da assistência às urgências e emergências no Rio Grande do Sul.

Metas 2009-2011:

1. instalar 18 bases, distribuídas nos seguintes macrorregiões e municípios:

- Macrorregião Missioneira (12 bases): Cândido de Godói, Cruz Alta, Giruá, Horizontina, Ijuí, Panambi, Santa Rosa, Santo Augusto, Santo Cristo, Três de Maio, Três Passos e Tuparendi;
- Macrorregião Serra (1 base): Vacaria, que será regulada pela Central de Regulação de Caxias do Sul;
- Macrorregião Sul (05 bases): Canguçu, São José do Norte, São Lourenço do Sul, Santa Vitória do Palmar e Rio Pardo (que será regulada pelo município de Pelotas).

2. Implantar em 2009, 16 Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) nas seguintes macrorregiões e municípios:

- Macrorregião Centro-Oeste – Alegrete e Santa Maria;
- Macrorregião Metropolitana – Canoas, Novo Hamburgo e Porto Alegre (2 UPAS);
- Macrorregião Missioneira – Santa Rosa e Santo Ângelo;
- Macrorregião Norte – Erechim, Frederico Westphalen e Passo Fundo;
- Macrorregião Serra – Vacaria;
- Macrorregião Sul – Pelotas e Rio Grande;
- Macrorregião Vales – Cachoeira do Sul e Lajeado.

3. Implantar, em 2010, mais 16 Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) no Rio Grande do Sul.

4. Implantar 48 Salas de Estabilização (Ses) nas seguintes macrorregiões e municípios:

- Macrorregião Centro-Oeste - Formigueiro, Itaqui, Jaguari, Quaraí, Santiago e Tupanciretã;
- Macrorregião Metropolitana - Arroio dos Ratos, Eldorado do Sul, Estância Velha, Nova Santa Rita, Santo Antônio da Patrulha, São Jerônimo, Taquara e Triunfo;
- Macrorregião Missioneira - Alegria, Horizontina, Jóia, Santa Bárbara do Sul, Santo Cristo e Três Passos;
- Macrorregião Norte – Aratiba, Carazinho, Espumoso, Nonoai, Redentora e Serafina Corrêa;

- Macrorregião Serra - Bom Jesus, Bom Princípio, Esmeralda, Feliz, Flores da Cunha, Gramado, Guaporé e Nova Prata;
 - Macrorregião Sul - Capão do Leão, Dom Pedrito, Jaguarão, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte;
 - Macrorregião Vales - Arroio do Meio, Arvorezinha, Barros Cassal, Caçapava do Sul, Candelária, Encantado, Encruzilhada do Sul, Sobradinho e Taquari.
5. Criar 19 Núcleos de Educação em Urgências, um em cada Regional de Saúde.
6. Criar um Núcleo de Educação em Urgências na Escola de Saúde Pública.

1.5 POLÍTICA ESTADUAL DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTES

Objetivos:

- coordenar o processo de notificação, captação e distribuição de órgãos e tecidos no RS seguindo legislação e regulamentação nacional existente;
- vistoriar e fiscalizar as instituições e equipes envolvidas no processo de doação de órgãos e transplantes;
- auditar as contas hospitalares referentes aos procedimentos, pela Auditoria Médica da SES;
- prestar atendimento, de forma descentralizada, a receptores e familiares de doadores;
- capacitar os profissionais envolvidos no processo mediante educação continuada;
- estabelecer, junto à Escola de Saúde Pública da SES, parceria na formação e qualificação de profissionais envolvidos nas etapas que precedem o processo de captação propriamente dito;
- estabelecer parceria com instituições de ensino superior em saúde na formação e qualificação na graduação de profissionais neste tema.

Diretrizes:

- organização do gerenciamento operacional do processo de notificação, captação, doação e transplantes em nível estadual;
- manutenção e controle da lista regional de receptores;

- avaliação e controle das atividades de transplantes no âmbito estadual;
- investimento nas etapas que precedem o procedimento cirúrgico, através da educação continuada, identificação de potenciais doadores, notificação da morte encefálica, manutenção dos potenciais doadores e entrevista familiar;
- apoio às Comissões Intra-Hospitalares de Transplante mediante cursos de qualificação e atualização;
- apoio logístico ao transporte, tanto de equipes como de órgãos e tecidos;
- convênios entre a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO/RS - e sociedades de neurologia e medicina intensiva para avaliação e propostas quanto às condições de trabalho e necessidade de recursos humanos nas instituições, qualificando o trabalho e reduzindo o índice de parada cardíaca hoje observado nos potenciais doadores (18%);
- expansão e descentralização do serviço de atendimento à família dos doadores, hoje centralizado na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO/RS, no setor de psicologia;
- visitas regulares aos estabelecimentos autorizados, intercâmbio de conhecimentos na área e avaliação das dificuldades enfrentadas "*in loco*".

Metas 2009-2011:

- aumentar em 10% ao ano a captação de órgãos com efetivação das doações, aumentando assim o número de doadores efetivos de 132 em 2008, para 171 até 2011;
- profissionalizar no mínimo três integrantes das Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes de cada hospital autorizado, por meio do treinamento continuado.

1.6 AÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: SERVIÇOS PRÓPRIOS**Objetivos Gerais:**

constituir-se como campo de práticas para ensino, pesquisa e formação de recursos humanos no Rio Grande do Sul;

- prestar assistência integral e humanizada em saúde em situações de alta complexidade, em saúde mental, doenças respiratórias infecto-contagiosas (tuberculose), hanseníase e HIV/AIDS, conforme fluxo definido pela rede de saúde;
- buscar estratégias para efetivar a transição de um modelo asilar para o de reabilitação psicossocial;
- disponibilizar informação relacionada aos problemas atendidos pelos serviços próprios do estado, tendo em vista fortalecer as estratégias de atenção e gestão à saúde.

Diretrizes:

- estímulo à qualificação e formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde - SUS, em parceria com a Escola de Saúde Pública;
- qualificação dos trabalhadores da Secretaria Estadual da Saúde (SES-RS) para o desenvolvimento de ações de ensino e pesquisa dentro dos serviços próprios;
- prestação de consultorias para os serviços de saúde no Rio Grande de Sul em relação aos problemas atendidos nos serviços próprios;
- implantação de novas tecnologias para estimular ações de apoio diagnóstico e terapêutico à rede de saúde estadual, nos problemas atendidos pelos serviços próprios;
- redução do tempo médio de internação nos serviços próprios;
- implantação a Política de Humanização da Assistência nos serviços próprios;
- implantação do Núcleo de Saúde do Servidor nos serviços próprios, voltado à prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida dos servidores;
- ampliação do Núcleo de Saúde do Trabalhador, conforme projeto em desenvolvimento no Hospital Sanatório Partenon, para os demais serviços próprios, integrando-o com as ações já existentes nos demais serviços;
- desenvolvimento de um serviço de apoio diagnóstico e terapêutico à rede de saúde estadual, com recursos tecnológicos.

Metas 2009-2011:

- construir uma política de educação continuada/permanente para os profissionais de saúde dos serviços próprios da SES-RS;
- diminuir o número de afastamentos do trabalho por motivos de saúde nos serviços próprios, através de ações de saúde do servidor;
- capacitar 30% dos trabalhadores dos serviços próprios no período.

Serviço Próprio: Hospital Psiquiátrico São Pedro - HPSP**Objetivos:**

- contribuir para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do servidor do Hospital Psiquiátrico São Pedro;
- prestar assessoria aos municípios na área de saúde mental em situações de alta complexidade, utilizando novas tecnologias;
- contribuir com a implementação da política de saúde mental no estado, consoante aos princípios e diretrizes do SUS.

Diretrizes:

- desenvolvimento de ações articuladas às políticas de saúde no Rio Grande do Sul, em especial à Política Estadual de Saúde Mental;
- redução do tempo de médio de permanência dos usuários em unidades de internação do Hospital Psiquiátrico São Pedro destinadas ao atendimento de adultos psicóticos, conforme preconiza a literatura especializada.

Metas 2009-2011:

- criar estratégias para fortalecer a rede de atenção à saúde mental nos 10 municípios que mais utilizam a estrutura do Hospital Psiquiátrico São Pedro;
- implantar o Telesaudemental no Hospital Psiquiátrico São Pedro;
- conduzir, a cada ano, a desinstitucionalização de 10% dos moradores que ainda permanecem na área asilar;

- qualificar pelo menos 30% trabalhadores do hospital, conforme mudança no perfil epidemiológico identificado no Serviços de Admissão e Triagem – SAT do hospital;
- reduzir em 30% a taxa de reinternação no hospital.

Serviço Próprio: Hospital Sanatório Partenon - HSP

Objetivo:

- prestar assistência integral e humanizada em saúde, em situações de alta complexidade em doenças respiratórias infecto-contagiosas (tuberculose), e HIV/AIDS, conforme fluxo definido pela rede de saúde.

Diretrizes:

- adaptação de área física do HSP e instalação de unidade específica para o tratamento dos pacientes tuberculosos e dependentes químicos;
- adequação quadro de recursos humanos (enfermagem e técnicos de enfermagem) à recomendação preconizada pelo COREN/COFEN.

Metas 2009-2011:

- qualificar o atendimento à tuberculose associada à comorbidades (dependência química, HIV/AIDS, HCV), melhorando o nível de adesão ao tratamento das pessoas atendidas;
- disponibilizar leitos de internação em unidade do HSP com retaguarda tecnológica para pacientes com tuberculose associada à dependência química e ou HIV/AIDS;
- contratar técnicos de enfermagem e enfermeiros;
- ampliar o número de capacitações oferecidas para as equipes quanto ao tema da dependência química.

Serviço Próprio: Hospital Colônia Itapuã

Objetivo:

-melhorar a qualidade de vida dos moradores do Hospital Colônia Itapuã

Diretriz:

-transformação do Hospital Colônia Itapuã em um centro de reabilitação psicossocial.

Metas 2009-2011:

-desinstitucionalizar 10 moradores asilados, integrando-os aos Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT.

2 POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE SAÚDE**2.1 POLITICA ESTADUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA****Objetivo:**

-reduzir a mortalidade infantil no Rio Grande do Sul.

Diretrizes:

- qualificação da atenção no pré-natal, parto e nascimento em parceria com a política de saúde da mulher e com a participação do PIM;
- monitoramento do SISPRENATAL – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento;
- incentivo ao aleitamento materno;
- implementação da Estratégia Mãe Canguru;
- qualificação da Rede de Bancos de Leite Humano;
- incentivo a iniciativa Hospital Amigo da Criança e Unidade Básica Amiga da Amamentação;
- incentivo à notificação de nascimento de prematuro e do seguimento do prematuro egresso da UTI neonatal;

- identificação e acompanhamento diferenciado das crianças de risco;
- investigação e análise do óbito infantil e do óbito fetal
- realização de auditoria de óbito infantil e fetal em maiores de 2500g;
- implementação da rede regionalizada de assistência perinatal;
- regulação estadual dos leitos UTI neonatal;
- implantação de protocolos estaduais de admissão e alta em UTI neonatal e UCI neonatal;
- implementação do Programa Inverno Gaúcho, direcionado para crianças menores de 5 anos.

Metas 2009-2011:

- reduzir o Coeficiente de Mortalidade Infantil para um dígito;
- reduzir a taxa de internação por IRA em 10% nos três anos;
- reduzir a proporção de nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer de 1,4 para 1,2%;
- investigar 90% dos óbitos em menores de 1 ano.

2.2 PROMOÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFANCIA - PIM**Objetivo:**

- orientar as famílias, através de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças, da gestação aos 6 anos. Programa socioeducativo que atua na promoção e no desenvolvimento da primeira infância, nos aspectos físicos, psicológicos, intelectuais e sociais.

Diretrizes

- orientação sistemática de gestantes, pais e cuidadores, em especial daqueles em situação de vulnerabilidade social, para a promoção do desenvolvimento das capacidades e potencialidades de seus bebês e de suas crianças, através de atividades lúdicas que contemplem aspectos específicos da cultura de cada comunidade, fortalecendo, assim, o vínculo familiar e comunitário. A

metodologia do programa dá ênfase à promoção de ganhos da criança e da família nos aspectos motores, cognitivos, socioafetivos, linguagem e de saúde, através de modalidades de atenção realizadas semanalmente nas casas das famílias e em suas comunidades;

- promoção do vínculo mãe-bebê como estratégia eficiente de informação, formação e apoio às ações focadas no desenvolvimento integral na primeira infância. Os ganhos de desenvolvimento alcançados pelas crianças beneficiadas são acompanhados pelos visitantes e monitores;
- realização de capacitações teórico-práticas, sistemáticas, às equipes envolvidas no PIM, pelo Grupo Técnico Estadual – GTE, envolvendo as Coordenadorias Regionais de Saúde e Educação, Grupos Técnicos Municipais - GTMs, monitores e visitantes;
- registros sistemáticos dos dados do programa no banco de dados, para monitoramento e avaliação das ações;
- desenvolvimento de ações transversais com os demais programas e ações da Secretaria Estadual da Saúde, tais como a Estratégia Saúde da Família, Saúde da Criança, Saúde da Mulher e o Programa de Prevenção da Violência;
- fortalecimento da rede de serviços através de ações articuladas entre as quatro Secretarias de Estado: da Saúde, da Educação, da Cultura e da Justiça e Desenvolvimento Social;
- incorporação de estudos e pesquisas de diferentes áreas do conhecimento como a neurociência, a psicologia do desenvolvimento e a teoria histórico-cultural como pressuposto à metodologia utilizada pelo programa;
- qualificação das equipes técnicas municipais do PIM, uma vez que são as prefeituras municipais ou organizações não-governamentais as responsáveis por sua execução;
- apoio de agências de cooperação internacionais, como OPAS, UNESCO e UNICEF, parcerias que viabilizam ao programa projeção importante no cenário nacional e mundial, uma vez que investir na primeira infância, hoje, representa uma tendência social, política e econômica, não apenas reconhecida, mas necessária.

Metas 2009-2011:

- Aumentar em 25% o número de municípios com PIM implantado;
- Ampliar em 61% o número de visitantes habilitados pela CIB/RS;
- Qualificar as ações do PIM em nível estadual e municipal;

2.3 POLITICA ESTADUAL DE SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM**Objetivo:**

- promover a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, de 10 a 24 anos, considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, o meio familiar, as condições de vida, a escolaridade e ao trabalho, visando à promoção da saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbimortalidade, tendo três eixos centrais: crescimento e desenvolvimento saudáveis, saúde sexual e reprodutiva e redução da morbimortalidade por causas externas.

Diretrizes:**1.Quanto ao Crescimento e Desenvolvimento Saudáveis**

- assessoria às CRS/municípios e monitoramento para sensibilização e divulgação de ações de promoção e proteção à saúde do adolescente e do jovem visando à disseminação da cultura de busca aos serviços de forma espontânea;
- captação de adolescentes e jovens para as UBSs/ESFs, através de ações e atividades estratégicas, para o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento e o monitoramento da situação vacinal;
- sensibilização junto aos gestores e profissionais da saúde de UBSs/ESFs para a humanização das relações entre as equipes de saúde e usuários a fim de realizar acolhimento, abordagem e encaminhamentos adequados à população de adolescentes e jovens;
- capacitação dos profissionais e gestores visando à instrumentalização dos mesmos e a normatização das ações desenvolvidas nas UBSs/ESFs, possibilitando a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens;

- promoção, prevenção e assistência a adolescentes e jovens com ações na perspectiva individual e coletiva envolvendo as famílias, escola e comunidade;
- avaliação do crescimento e desenvolvimento da situação vacinal e da acuidade visual de adolescentes e jovens, por ocasião da entrada no serviço, otimizando as oportunidades de contato de adolescentes e jovens com a equipe de saúde;
- elaboração e distribuição de material educativo e de apoio para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento e da acuidade visual da população alvo;
- atenção integral à saúde de adolescentes com deficiência através de acolhimento, desenvolvimento de ações de promoção, assistência e reabilitação;
- incentivo à elaboração de material educativo e informativo específico para adolescentes e jovens sobre saúde integral.

2.Quanto à Saúde Sexual e Reprodutiva:

- identificação dos municípios prioritários de acordo com dados epidemiológicos sobre gravidez na adolescência, DST/AIDS e mortalidade materna e neonatal e fetal;
- articulação entre os comitês estaduais e municipais de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal para a identificação dos pontos críticos da atenção integral ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério de adolescentes e jovens;
- articulação com a área da Saúde da Mulher, Atenção Básica, Saúde da Criança, Média e Alta Complexidade para discutir a assistência à adolescente grávida, atendendo suas necessidades específicas;
- educação em saúde para a dupla proteção como elemento fundamental à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e o desenvolvimento da igualdade nas relações de gênero de acordo com as especificidades e vulnerabilidades por faixa etárias e grupo populacionais;
- estímulo à participação de adolescentes e jovens como promotores de saúde sexual e reprodutiva;
- sensibilização junto aos gestores e profissionais de saúde para a redução da morbimortalidade associada à gravidez na adolescência, com a atenção especial a faixa etária de 10 a 15 anos de idade;

- promoção de ações educativas visando à paternidade responsável;
- sensibilização dos profissionais de saúde para a realização de ações que fortaleçam a identidade pessoal e cultural de adolescentes e jovens na perspectiva da construção de um projeto de vida;
- sensibilização de gestores municipais e profissionais de saúde no sentido de garantir os direitos sexuais e reprodutivos de adolescente e jovens de ambos os sexos;
- estímulo para que os gestores municipais disponibilizem aos serviços de saúde métodos contraceptivos e preservativos e planejamento familiar a adolescentes e jovens de acordo com suas necessidades;
- atenção especial à adolescente no puerpério, visando evitar uma segunda gestação não planejada;
- articulação intersetorial com a coordenação de DST/AIDS, Vigilância em Saúde, ESF, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, PAN, PPV, PIM, Saúde Bucal, Anemia Facilforme, dentre outros, visando ações específicas para adolescentes e jovens;
- articulação com as demais secretarias, entidades governamentais e não-governamentais, com vistas à integração das ações de saúde adolescentes e jovens;
- sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para identificar, notificar e atender os casos de violência sexual contra adolescentes e jovens.

3.Quanto à redução da morbimortalidade por causas externas:

- promoção de ações intersetoriais com foco na prevenção de agravos relacionados ao uso de álcool e outras drogas como fatores de vulnerabilidade para acidentes de trânsito, homicídios, suicídios entre outras violências;
- contribuição para a redução da morbimortalidade por causas externas em adolescentes e jovens em articulação com outros programas e políticas;
- mapeamento de serviços de atenção à saúde das vítimas de violência;
- mapeamento dos municípios que realizam notificação dos acidentes e violências em articulação com o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (RINAV);

- mapeamento dos serviços de atenção às adolescentes e jovens, de ambos os sexos, vítimas de violência sexual;
- estímulo à articulação e integração entre as equipes de saúde da Fundação de apoio Sócio-Educativo (FASE) e da SES/ESF para acompanhar os adolescentes egressos e suas famílias;
- estímulo aos gestores e profissionais de saúde para a análise de dados epidemiológicos sobre a morbimortalidade de adolescentes e jovens na sua área de atuação;
- articulação intra-institucional para reorientação e qualificação dos serviços de saúde para atenção integral a adolescentes e jovens, de ambos os sexos, vítimas de violência e a seus familiares.

Metas 2009-2011:**1. Sensibilizar e capacitar:**

- 100% das Coordenadorias Regionais de Saúde para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens;
- 100% dos municípios sede das Coordenadorias Regionais de Saúde;
- 100% dos municípios com mais de 50.000 habitantes e índice de gestação na adolescência superior a 17,8%;
- 100% dos municípios prioritários para a redução da mortalidade infantil;
- 100% dos municípios do PPV;
- 100% dos municípios com Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio às equipes de saúde da família.

2. Implantar a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e o Plano Estadual de Ações em 100% das Coordenadorias Regionais de Saúde para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.

3. Mapear 100% dos serviços de atenção aos adolescentes e jovens vítimas de violência sexual nos municípios.

4. Implementar a Caderneta de Saúde de Adolescentes em 100% dos municípios sede de CRS, municípios do SPE, do PSE, do PPV, com NASF, e municípios com mais de 50.000

habitantes tendo o percentual de gestação na adolescência superior a 17,8%; municípios prioritários para a redução a mortalidade infantil.

5. Identificar 100% dos municípios prioritários, de acordo com dados epidemiológicos sobre gravidez na adolescência, DST/AIDS e mortalidade materna e neonatal e fetal.

6. Reduzir o coeficiente de gestação na adolescência (11 a 19 anos) de 29 para 23 por mil.

2.4 POLITICA ESTADUAL DE SAÚDE DA MULHER

Objetivos Gerais:

- promover a saúde das mulheres gaúchas mediante garantia do acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde;
- planejar, capacitar e apoiar técnica e financeiramente os municípios para a organização, ampliação e qualificação da rede de atenção básica na saúde da mulher;
- contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Rio Grande do Sul, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais;
- ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Objetivos específicos:

- realizar ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva e participar de grupos de trabalho e comitês intersetoriais que visem o planejamento das mesmas;
- promover ações de prevenção e tratamento de agravos decorrentes da violência doméstica e sexual, bem como participar da organização das redes de atenção integral para mulheres nesta situação;
- promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, garantindo o acesso às ações de atenção básica, através do apoio à gestão municipal e organização de redes regionais de referência para média e alta complexidade;
- reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina, ampliando a

cobertura das ações de prevenção e diagnóstico precoce de câncer de colo uterino e mama e pactuando as referências para diagnóstico secundário e tratamento;

- reduzir a mortalidade materna;
- implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério;
- organizar sistema permanente de capacitação de pessoal dos municípios e Coordenadorias Regionais de Saúde nas diversas áreas de saúde da mulher;
- realizar monitoramento semestral e avaliação anual dos indicadores referentes à saúde da mulher pactuados no Pacto pela Vida;
- razão de exames cervico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população alvo;
- percentual de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras de câncer de colo uterino – lesões de alto grau;
- proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal;
- proporção de óbitos de mulher em idade fértil investigados;
- oferecer apoio técnico-logístico aos municípios em relação à reprodução de materiais impressos;
- formulários para de exames cito e anatomopatológicos de colo uterino;
- formulários para de exames cito, anatomopatológicos e radiológicos de mama (mamografia);
- fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.

Diretrizes:

- a Política Estadual de Atenção à Saúde da Mulher deve atender à população feminina do Rio Grande do Sul, acima de 10 anos de idade, atualmente estimada em 4.821.561 mulheres, sendo cerca de 70% de usuárias do SUS;
- o planejamento das ações deve contemplar as mulheres em todos os ciclos de vida, com as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de

- orientação homossexual, com deficiência, dentre outras);
- a atenção à saúde da mulher deve referir-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde executadas em todos os níveis de atenção contemplando, com integralidade, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde;
 - a elaboração, execução e avaliação da política de saúde da mulher deve considerar a diversidade dos 496 municípios gaúchos, que apresentam níveis de organização e tipo de gestão diferentes;
 - deve ser contemplado o respeito à autonomia dos diversos parceiros do sistema de saúde e a construção conjunta com os vários segmentos envolvidos, enfatizando a importância da participação das usuárias do SUS nas instâncias de controle social;
 - devem permanecer garantidos o cumprimento dos princípios do SUS, com uma dinâmica inclusiva que atenda as ações planejadas e às demandas emergentes em todos os níveis assistenciais;
 - a política deve nortear-se pelo princípio da humanização, contribuindo para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito e ampliando a capacidade da mulher de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida;
 - o planejamento e execução de ações deve ser previsto na PPI – Programação Pactuada e Integrada entre os níveis hierárquicos, visando uma atuação mais abrangente e permitindo o ajuste às diferentes realidades regionais;
 - a ações da Política de Atenção à Saúde da Mulher devem ser articuladas com setores governamentais e não-governamentais, através da participação em grupos de trabalho intersetoriais e contemplando a participação da comunidade científica na construção de protocolos de atenção e capacitação de recursos humanos;
 - analisar os motivos do aumento do número de óbitos maternos, para a construção de metas de diminuição para este indicador.

Metas 2009-2011:

1. Quanto ao Controle do Câncer de Colo Uterino e Mama:

- capacitar 100% das Coordenadorias Regionais de Saúde e serviços credenciados para a implantação do SISMAMA;
- descentralizar o SISMAMA e SISCOLO para as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde;
- qualificar a alimentação do SISCOLO através do cruzamento mensal da informação sobre o número de exames citopatológicos de colo uterino com o número destes procedimentos informados no SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais;
- participar de 100% das certificações de qualidade dos serviços radiológicos em câncer de mama;
- criar 05 Centros de Referência Macrorregional em Saúde da Mulher no Estado, com ênfase em diagnóstico e tratamento de câncer de mama;
- desenvolver um estudo epidemiológico para monitoramento e avaliação em câncer de mama;
- atingir a razão de 0,30 exames citopatológicos de colo uterino realizados na população feminina de 25 a 59 anos;
- realizar 100% de biópsias nas pacientes com lesão de alto grau;
- realizar o controle de qualidade em 100% dos serviços credenciados pelo SUS para realização de cito/anatomopatológico de colo uterino e colposcopia, conforme Norma Técnica/INCA/MS, no mês subsequente a realização dos exames.

2. Quanto ao Programa de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal:

- investigar 75% dos óbitos de mulheres em idade fértil no estado;
- investigar 95% dos óbitos maternos no estado;
- atingir 72% de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal;
- implantar documentos técnicos/protocolos estaduais de atenção ao pré-natal de baixo e alto risco.

3. Quanto ao Programa de Prevenção da Violência Contra a Mulher:

- organizar rede de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica e sexual em 20 municípios prioritários.

4. Quanto ao Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva:

- realizar reuniões quinzenais com a coordenação da Secretaria Estadual de Educação, com o objetivo de promover saúde e prevenção nas escolas;
- distribuir para 100% dos municípios os métodos contraceptivos enviados pelo Ministério da Saúde.

5. Quanto à Capacitação de Recursos Humanos:

Coordenar e promover capacitações permanentes através de recursos humanos próprios ou convênios com instituições que atuam em cada área específica:

- para atendimento a mulheres em situação de violência doméstica e sexual – 20 capacitações;
- para qualificação do pré-natal de baixo e alto riscos para 32% da rede básica;
- para qualificação da assistência obstétrica para 80% da rede de serviços de atenção ao parto (baixo e alto riscos);
- para qualificação do diagnóstico de câncer de colo e de mama para 50% das Unidades Básicas de Saúde;
- para qualificação do diagnóstico secundário de câncer de mama para radiologistas e técnicos em mamografia nos 105 serviços de radiologia do SUS;
- para 100% dos municípios com adesão ao Programa de Saúde e Prevenção na Escola - SPE;
- para os comitês/equipes regionais de investigação de óbitos de mulher em idade fértil e maternos – 5 capacitações;
- para os serviços que utilizam os sistemas de informação SISCOLO e SISMAMA e para as Coordenadorias Regionais de Saúde – 12 capacitações.

2.5 POLITICA ESTADUAL DE SAÚDE DO HOMEM**Objetivo:**

- formular, implantar e implementar a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem, de forma integrada às demais políticas existentes, priorizando a

atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime.

Diretrizes:

- criação de Grupo de Trabalho intersetorial, interdisciplinar, multidisciplinar e interinstitucional, com representantes da sociedade civil organizada, para elaboração da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- formulação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem, com aprovação do Conselho Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite;
- disponibilização de recursos humanos, materiais e financeiros, bem como área física para a implantação da política;
- estabelecimento de estratégias de implantação e implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem, sob coordenação da Secretaria Estadual da Saúde;
- produção de material informativo com a apresentação da política, tipo de atuação, atribuições e competências;
- formação de multiplicadores entre os trabalhadores de saúde e o movimento social para auxiliar na execução e acompanhamento da implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- criação de link no *site* da SES/DAS para a política, com informativo sobre dados epidemiológicos da saúde da população masculina do RS e do Brasil;
- realização de seminários regionais de sensibilização saúde do homem, incluindo temas como enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial, para os trabalhadores do SUS, nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde;
- promoção de ações integradas com o setor da educação como promotor de novas formas de agir e pensar;
- orientação das ações e serviços de saúde para a população masculina, promovendo a integralidade, a equidade, a intersetorialidade, primando pela humanização da atenção;

- mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a de sua família;
- capacitação de profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem.

Metas 2009-2011:

- criar o Grupo de Trabalho intersetorial, interdisciplinar, multidisciplinar e interinstitucional e representantes da sociedade civil organizada para a elaboração da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem até o final de 2009;
- disponibilizar recursos humanos, materiais e financeiros, bem como área física na SES, para a implantação da política no RS até final de 2009;
- formular a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem, com aprovação do Conselho Estadual de Saúde e Comissão Intergestora Bipartite até o final de 2009;
- realizar evento para o lançamento da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem no segundo semestre de 2009;
- realizar seminários regionais de sensibilização -"Saúde do Homem"- enfocando temas como gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial para os trabalhadores do SUS, nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, até o final 2011;
- capacitar 10% dos profissionais da rede básica, para o correto atendimento à saúde do homem, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado;
- criar uma página no *site* da SES para divulgação de dados epidemiológicos sobre a saúde da população masculina.

2.6 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DO IDOSO**Objetivos:**

- garantir a Atenção Integral à Saúde das pessoas com 60 anos e mais, promovendo o envelhecimento ativo e saudável através da manutenção da capacidade funcional, da autonomia, da inserção na família e na comunidade;
- prover os meios e os recursos para viabilizar a implementação de políticas públicas de atenção integral, integrada, bem como a qualidade de vida da pessoa idosa;
- estabelecer instrumentos de monitoramento e avaliação para o acompanhamento do impacto das ações na implementação da política do idoso;
- estabelecer mecanismos de promoção da educação continuada e a qualificação dos profissionais de saúde do SUS e cuidadores na área do envelhecimento;
- estimular o desenvolvimento de pesquisas na área do envelhecimento e atenção à saúde da pessoa idosa, subsidiando as políticas públicas mais efetivas na área.

Diretrizes:

- promoção do envelhecimento ativo e saudável para a melhoria da qualidade de vida da população idosa, incluindo ações de prevenção de acidentes e violências nesta faixa etária;
- sensibilização à participação dos idosos como protagonistas dos movimentos sociais para a garantia de seus direitos;
- fortalecimento da participação do idoso nos Conselhos de Saúde;
- estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- implantação de rede de atenção especializada em saúde da população idosa nas macrorregiões de saúde do estado;
- definição dos fluxos de acesso da população idosa aos serviços de saúde, nos três níveis de atenção, bem como regular os serviços de atenção especializada;
- provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde à pessoa idosa;
- formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área do envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisa na área;
- desenvolvimento de ações de acolhimento para a população idosa nos serviços de saúde;

- implementação do Programa Inverno Gaúcho; direcionado para população de 60 anos e mais.

Metas 2009-2011:

- implantar a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cobertos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF);
- aumentar em 5% o número de grupos de idosos e de atividades educativas nas comunidades na população coberta pela ESF;
- aumentar em 10% os procedimentos de enfermagem, consultas e reconsultas de todos os profissionais que atuam na Atenção Básica para a população idosa;
- realizar campanha anual em 100% dos municípios sobre envelhecimento ativo, prevenção de acidentes e violências, osteoporose, entre outros temas;
- implantar programa de prevenção de quedas, fraturas e osteoporose em 100% dos municípios que integram o Projeto RS Amigo do Idoso;
- ampliar o Projeto RS Amigo do Idoso de 15 para 195 municípios;
- realizar um Curso de Especialização em Envelhecimento Ativo para profissionais de nível superior que atuam na rede de Atenção Básica do SUS;
- realizar curso de formação de cuidadores de idosos em domicílio e instituições de longa permanência, prioritariamente em 100% dos municípios que integram o Projeto RS Amigo do Idoso;
- implantar 07 Centros de Referência Especializada de Assistência à Pessoa Idosa nas macrorregiões de saúde;
- implantar em 50% dos municípios com mais de 100.000 habitantes o Programa de Internação Domiciliar;
- imprimir material educativo abordando temas relativos a direitos humanos, sociais e saúde das pessoas idosas para distribuição a 100% das população idosa;
- realizar a pesquisa sobre o perfil do Idoso do Estado do Rio Grande do Sul, com financiamento do Projeto RS Amigo do Idoso;
- vacinar, anualmente, 80% da população Idosa dos 496 municípios do estado contra a Influenza.

2.7 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Objetivos:

- formular, implantar e implementar a Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra no Estado do Rio Grande do Sul;
- melhorar a qualidade da informação produzida em saúde (coleta, processamento e análise) com relação ao quesito cor (branco, preto, pardo, amarelo e indígena), conforme o estabelecido pelo IBGE;
- implementar a política de atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias;
- identificar as práticas culturais de matriz africana e de benzedeiras na promoção da saúde;
- sensibilizar a população para as temáticas relacionadas à saúde da população negra;
- desenvolver estratégias para qualificar a atenção à saúde das populações remanescentes de quilombos;
- capacitar e promover educação permanente em hemoglobinopatias (prevenção, diagnóstico e tratamento da doença e do traço falciforme) para os trabalhadores em saúde.

Diretrizes:

- criação de Grupo de Trabalho intersetorial, interdisciplinar, multidisciplinar e interinstitucional com representantes da sociedade civil organizada, para a elaboração da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra - PEAISPN;
- formulação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra, com aprovação do Conselho Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite;
- disponibilização de recursos humanos, materiais e financeiros, bem como área física para a implantação da política;

- estabelecimento de estratégias de implantação e implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde;
- produção de material informativo com apresentação da política, tipo de atuação, atribuições e competências;
- formação de multiplicadores entre os trabalhadores de saúde e o movimento social para auxiliar na execução e acompanhamento da implantação da Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra;
- criação de link no sítio da SES/DAS para a Política, com informativo sobre dados epidemiológicos da saúde da população negra no RS e Brasil;
- estímulo, sempre que necessário, para o desenvolvimento de ações específicas para a população negra, em todas as áreas de ação a cargo dos gestores estadual e municipais do SUS;
- fortalecimento da participação e representação da população negra nas instâncias de controle social;
- realização de Seminários Regionais de Sensibilização em Políticas de Saúde, Cidadania, bem como para o enfrentamento do racismo institucional para trabalhadores do SUS nas Coordenadorias Regionais de Saúde;
- fomento à produção de conhecimento científico e popular, de modo a responder dúvidas persistentes e subsidiar a tomada de decisões no campo da saúde da população negra;
- inclusão do tema “diversidade cultural e racial/étnica” no processo de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS;
- estímulo à inclusão do tema Saúde da População Negra nos cursos de graduação, especialização e residência em saúde pública e saúde da família, bem como nos Programas de Aprimoramento Profissional em saúde;
- criação de estratégias intra e interinstitucionais voltadas para a população negra, de forma a incidir sobre os condicionantes e determinantes sociais;
- implantação de programa de qualificação e sensibilização do pessoal de atendimento dos serviços próprios da SES e conveniados para preenchimento do campo raça/cor nos sistemas oficiais de informação do SUS;

- pactuação da inclusão do quesito raça/cor em todos os sistemas de saúde e correlatos do Estado do Rio Grande do Sul, bem como nos que vierem a ser implantados;
- sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde que fazem o atendimento inicial, gestores e gerentes responsáveis sobre a necessidade da autoidentificação de raça/cor;
- estabelecimento de mecanismos de monitoramento da informação, avaliação, análise de dados e retroalimentação de informação cor;
- apoio ao estabelecimento de rede de atenção às pessoas com doença falciforme na totalidade dos municípios do Rio Grande do Sul;
- estabelecimento de estratégias para a inclusão de religiosos de matriz africana e benzedoras, como parceiros do SUS/SES-RS, na produção de conhecimento e promoção da saúde;
- estímulo à participação de representantes das religiões de matriz africana e de benzedoras nos conselhos de controle e participação social do estado e municípios;
- sensibilização da população em geral sobre as temáticas relacionadas à saúde da população negra;
- identificação de perfil epidemiológico e assistencial das populações remanescentes de quilombos do estado do Rio Grande do Sul;
- garantia de respeito às especificidades culturais das populações remanescentes de quilombos do Estado do Rio Grande do Sul;
- planejamento das prioridades a serem estabelecidas no enfrentamento dos problemas de saúde da população remanescente de quilombos, em parceria com a comunidade;
- implementação da Estratégia Saúde da Família nos municípios que possuem comunidades remanescentes de quilombos;
- apoio à formação de agentes comunitários de saúde quilombolas;
- produção e disponibilização de informação sistematizada sobre a morbimortalidade, acesso aos serviços de saúde (atenção básica, média e alta

- complexidade) no entorno ou em cidades circunvizinhas às comunidades quilombolas;
- mapeamento e sistematização de informação sobre onde são realizados os atendimentos à população quilombola, quais serviços, dificuldades/tempo de deslocamento/espera para obtenção de atendimento e opinião das comunidades;
 - estímulo às comunidades quilombolas para participar do controle social;
 - identificação da realidade epidemiológica da doença e do traço falciforme em alguns municípios do Rio Grande do Sul;
 - promoção de ações educativas para informar a população dos municípios identificados sobre a doença e o traço falciforme;
 - desenhar e estabelecer a Rede de Atenção à Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias nestes municípios;
 - apoiar projetos municipais e/ou da sociedade civil que visem a melhorar a qualidade de vida das pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias.

Metas 2009-2011:

- criar Grupo de Trabalho intersetorial, interdisciplinar, multidisciplinar e interinstitucional, com representantes da sociedade civil organizada, para elaboração da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra - PEAISPN, até agosto de 2009;
- formular a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra - PEAISPN até o final de 2009;
- aprovar a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra - PEAISPN até o final de 2009, no Conselho Estadual de Saúde;
- aprovar a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra - PEAISPN até o final de 2009, na Comissão Intergestores Bipartite;
- disponibilizar recursos humanos, materiais e financeiros, bem como área física na SES, para a implantação da política no RS até 2011;

- implantar e implementar a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra a partir de 2010;
- formar, pelo menos 20 multiplicadores, entre os trabalhadores de saúde e o movimento social, para auxiliar na execução e acompanhamento da implantação da Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra, de 2010 a 2011;
- incluir indicadores referentes à saúde da população negra no Relatório de Gestão a partir de 2011;
- incluir o tema “diversidade cultural e racial/étnica” no processo de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS promovido pela SES, a partir de 2010;
- implantar programa de qualificação e sensibilização do pessoal de atendimento dos serviços próprios e conveniados para preenchimento do campo raça/cor nos sistemas oficiais de informação do SUS, de 2010 a 2011;
- pactuar a inclusão do quesito raça/cor em todos os sistemas de saúde e correlatos do Estado do Rio Grande do Sul, em 2010;
- sensibilizar e capacitar pelo menos 100 profissionais de saúde que fazem o atendimento inicial - gerentes responsáveis/gestores - sobre a necessidade da autoidentificação de 2010 a 2011;
- elaborar campanha sobre a importância do preenchimento do quesito cor nos sistemas de informação em saúde a partir de 2010;
- estabelecer mecanismos de monitoramento da informação, avaliação, análise de dados e retroalimentação de informação cor a partir de 2010;
- criar mecanismos para informar os municípios que não coletam a informação raça/cor e percentual de não-preenchimento a partir do segundo semestre de 2010;
- estabelecer estratégias para a inclusão de religiosos de matriz africana e benzedeiras, como parceiros do SUS/SES-RS na produção de conhecimento e promoção da saúde a partir de 2010;
- identificar o perfil epidemiológico e assistencial das populações remanescentes de quilombos do estado do Rio Grande do Sul até o final de 2011;

- planejar as prioridades a serem estabelecidas no enfrentamento dos problemas de saúde da população remanescente de quilombos, em parceria com a comunidade durante 2010 e 2011;
- implantar a Estratégia Saúde da Família em 20 comunidades remanescentes de quilombos até 2011;
- qualificar 100% dos agentes comunitários de saúde quilombolas;
- mapear e sistematizar informações sobre onde são realizados os atendimentos à população quilombola até o final de 2011;
- realizar cursos de capacitação em 9 municípios escolhidos por critérios epidemiológicos e em conjunto com a ASSEDISA;
- formar multiplicadores do movimento social para auxiliar na execução/acompanhamento/fiscalização da implantação da Política de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias;
- realizar uma mostra de todo o estado de trabalhos científicos sobre a Saúde da População Negra, envolvendo a Secretaria de Educação e a Escola de Saúde Pública;
- realizar dois Seminários Regionais de Sensibilização em Políticas de Saúde, Cidadania, bem como para o enfrentamento do racismo institucional para trabalhadores em saúde entre 2010 e 2011.

2.8 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE INDÍGENA

Objetivos:

- formular a Política Estadual de Saúde Indígena no Rio Grande do Sul;
- reduzir as desigualdades e iniquidades na atenção integral à saúde indígena no estado.

Diretrizes:

- criação de comitê para formular a Política Estadual de Saúde Indígena, com participação, entre outros, de representantes do Conselho Estadual de Saúde, Conselho Estadual dos Povos Indígenas, Conselho Distrital de Saúde Indígena, FUNASA, ASSEDISA e FUNAI;

- implantação formal de setor específico para atenção à saúde indígena no Departamento de Ações em Saúde/SES, com representantes nas CRS;
- garantia de continuidade do repasse do incentivo financeiro estadual específico aos municípios que contam com Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena - EMSI composta, minimamente por médico, enfermeiro, dentista, técnico em enfermagem, agentes indígenas de saúde;
- implementação de pactuação e monitoramento da aplicação do recurso financeiro específico para atenção à saúde da população indígena repassado pela SES aos municípios com EMSI completa;
- implementação da articulação com a FUNASA/RS e municípios que possuem população indígena, visando planejar e executar ações de forma articulada;
- capacitação de técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS - e de Secretarias de Saúde de municípios que possuem população indígena, para a compreensão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e das especificidades culturais das etnias existentes em sua região;
- garantia de que a questão indígena seja levada em consideração na implantação e/ou implementação de todas as políticas e programas de saúde da SES, com ênfase na saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, DST/AIDS, imunizações, saúde bucal, doenças transmissíveis agudas e estratégia de saúde da família;
- participação nas comissões de seleção, acompanhamento e demissão de profissionais das EMSI, implantadas nas aldeias do estado, com participação de representantes da SES, SMS, FUNASA, FUNAI, lideranças e conselheiros locais de saúde indígena e apoio do Ministério Público Federal;
- disponibilização de assessoria técnica à FUNASA/CORE-RS e municípios com população indígena, quando solicitados e/ou a situação o exigir, respeitada a autonomia dos gestores;
- implementação das ações previstas na legislação que regulamenta o Subsistema de Saúde Indígena, bem como participação ativa na implantação e implementação da Portaria GM/MS 2.656, de 17 de outubro de 2007, no âmbito do SUS-RS;

- apoio à articulação intra e interinstitucional, visando ações que favoreçam a economia de subsistência, a manutenção e reposição de espécies tradicionais, em especial as utilizadas pela medicina tradicional;
- incentivo à valorização e preservação/revitalização das práticas tradicionais de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde e cultura alimentar tradicional;
- favorecer a utilização de práticas tradicionais de cura, quando e onde for indicado pelas lideranças, inclusive com adaptações nos serviços da rede SUS-RS;
- articulação, junto ao Conselho Estadual de Saúde, para o fortalecimento da participação e representação da população indígena nas instâncias de controle social;
- participação efetiva de representantes da SES no Conselho Estadual dos Povos Indígenas – CEPI;
- participação efetiva de representantes da SES nos Conselhos Distritais de Saúde Indígena;
- garantia de vaga para os profissionais das EMSI nas capacitações promovidas nas CRS para técnicos das secretarias municipais de saúde;
- elaboração e execução de capacitações para os profissionais que atuam junto às populações indígenas, planejadas anualmente em conjunto com a FUNASA-CORE/RS, em áreas e temas definidos a partir da análise dos dados disponíveis;
- participação na elaboração de materiais educativos e informativos na língua Kaingang e/ou Guarani, junto com a FUNASA/RS, equipes multidisciplinares de saúde indígena e comunidade indígena;
- capacitação de recursos humanos dos serviços de saúde do SUS e conveniados (atenção básica, média e alta complexidade) que atendem populações indígenas, quanto ao sub-sistema, incluindo as especificidades culturais de cada povo indígena residente no estado;
- implementação e descentralização do acervo da saúde indígena em Saúde Pública dos Núcleos de Informação e Documentação em Saúde - NIDS;
- garantia de desenvolvimento de política de educação permanente através do Núcleo de Estudos de Saúde Indígena e Negra - NESIN/ESP/SES;

- implantação de programa de qualificação e sensibilização dos trabalhadores dos serviços públicos e conveniados para preenchimento obrigatório do campo raça/cor dos sistemas nacionais, estaduais e municipais de informação em saúde, onde o mesmo já existe;
- pactuação com a FUNASA e aprovação na Comissão Intergestores Bipartite, de fluxo de informações sobre saúde da população indígena estadual, de acordo com a Portaria GM/MS 2.656, de 17 de outubro de 2007;
- pactuação da inclusão e preenchimento obrigatório do campo raça/cor em todos os sistemas de saúde (banco de dados) e correlatos do Estado do Rio Grande do Sul;
- pactuação da inclusão e preenchimento obrigatório do campo raça/cor em todo e qualquer novo sistema de informação do estado e municípios;
- sensibilização da população indígena sobre a importância do preenchimento do campo raça/cor e da autoidentificação;
- criação de mecanismos para informar aos municípios o percentual de não-preenchimento da informação do campo raça/cor;
- elaboração e desenvolvimento de campanha sobre a importância do preenchimento obrigatório do campo raça/cor;
- estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação da situação de saúde da população indígena do estado, com garantia de divulgação das informações;
- apoio à deliberação da 4ª Conferência Distrital de Saúde Indígena dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI - Litoral e Interior Sul de que “estudos e pesquisas com a comunidade indígena sejam realizados após autorização das lideranças indígenas, FUNASA, FUNAI, Conselhos Distritais de Saúde Indígena e Conselhos Locais de Saúde Indígena, garantindo retorno dos resultados para a população pesquisada e/ou estudada”.

Metas 2009-2011:

- criar comitê para formular a Política Estadual de Saúde Indígena até o final de 2009;

- formalizar a implantação de setor específico para atenção à saúde indígena no Departamento de Ações em Saúde/SES, com representantes nas CRS até o final de 2010;
- repassar mensalmente 100% do incentivo financeiro estadual específico aos municípios que contam com Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena - EMSI;
- qualificar o monitoramento da aplicação do recurso financeiro específico para atenção à saúde da população indígena repassado pela SES aos municípios com EMSI completa, através de mecanismos a serem estabelecidos junto à Comissão Intergestora Bipartite até julho de 2010;
- implementar 100% das ações de competência estadual previstas na legislação que regulamenta o Subsistema de Saúde Indígena, bem como participar ativamente na implantação e implementação da Portaria GM/MS 2.656, de 17 de outubro de 2007, no âmbito do SUS-RS;
- participar de todas as atividades propostas pelo Conselho Estadual dos Povos Indígenas – CEPI e dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena;
- elaborar e executar capacitações para os profissionais que atuam junto às populações indígenas, planejadas anualmente em conjunto com a FUNASA-CORE/RS, em áreas e temas definidos a partir da análise dos dados disponíveis;
- implementar nos 19 Núcleos de Informação e Documentação em Saúde - NIDS - acervo da saúde indígena;
- implantar programa de qualificação e sensibilização dos trabalhadores dos serviços públicos e conveniados para preenchimento obrigatório do campo raça/cor dos sistemas nacionais, estaduais e municipais de informação em saúde, onde o mesmo já existe, a partir de março de 2010;
- pactuar com a FUNASA, e aprovar na Comissão Intergestores Bipartite, fluxo de informações sobre saúde da população indígena estadual, de acordo com a Portaria GM/MS 2.656, de 17 de outubro de 2007, a partir de agosto de 2009;
- implantar 22 equipes de saúde bucal indígena na Estratégia de Saúde da Família.

2.9 POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE PRISIONAL

Objetivos:

- desenvolver e implantar ações de saúde para a população prisional;
- fortalecer a política estadual relativa ao enfrentamento do HIV/AIDS e co-infecções tuberculose e hepatites virais junto à população do sistema prisional no contexto do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;
- organizar e capacitar as Equipes Prisionais de Saúde em parceria com a SUSEPE;
- executar ações de Saúde, pactuadas ou não na Assistência da População Prisional.

Diretrizes:

- implementação da Portaria 1777-2003 no âmbito da população prisional do RS;
- estabelecimento de parceria com a SUSEPE e municípios na priorização das unidades prisionais de saúde a serem implantadas;
- organização do perfil epidemiológico dos internos do sistema, valorizando e implantando/implementando sistema de diagnóstico situacional na entrada do sistema revisão sistemática mediante busca ativa;
- prevenção e tratamento das DST/AIDS na população carcerária;
- realização de estudo de prevalência e incidência de HIV/DST (sífilis) /hepatites virais e tuberculose, garantindo os padrões éticos (aprovação CONEP) e consentimento, considerando a autonomia dos sujeitos;
- criação e institucionalização de protocolos de atendimento com definição de
- atribuições por categorias profissionais;
- produção de conhecimento e educação permanente para fortalecer a gestão em saúde na população prisional;
- implantação de esquema de vacinação conforme normas do PNI no ingresso do sistema e organização de logística para vacinar os já internos;
- revisão das Programações Pactuadas Integradas durante o planejamento dos custos e necessidades em saúde, inclusive regulando o acesso dos presos aos serviços de saúde de média e alta complexidade.

Metas 2009-2011:

- implementar 32 equipes de saúde prisional até 2010, repercutindo no atendimento de saúde de 16.000 apenados (Projeto Estruturante – RECOMEÇAR);
- sistematizar o processo de monitoramento e avaliação em 100% das unidades prisionais implantadas;
- elaborar perfil epidemiológico de 100% da população carcerária;
- realizar tratamento em 100% da população prisional em DST/AIDS;
- realizar estudo de prevalência e incidência de HIV/DST (sífilis) /Hepatites;
- virais e tuberculose 100% da população consentida;
- criar protocolos de atendimento para as profissões em 100% das unidades prisionais de saúde implantadas;
- organizar seminários mensais itinerantes abordando temas de interesse das equipes de saúde.

3 POLÍTICAS TRANVERSAIS E ESTRATÉGICAS**3.1 POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO****Objetivo:**

- interagir com as instâncias da Rede do SUS, articulando as ações de humanização, co-responsabilizando todos os atores envolvidos visando a consolidar o SUS como direito universal à saúde com qualidade.

Diretrizes:

- ampliação da Política de Humanização, contemplando a indissociabilidade da atenção e da gestão em saúde;
- fortalecimento da descentralização através dos Núcleos Regionais de Saúde Coletiva -NURESC – facilitadores no processo de articulação regional e das 19 coordenações regionais de humanização nas coordenadorias de saúde;

- fortalecimento da Integralidade nas ações;
- estímulo e fortalecimento da organização do trabalho em equipes multiprofissionais; da relação dos serviços de saúde com os territórios em que se localizam; das práticas de cogestão nos processos de trabalho em saúde;
- apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente;
- inclusão da PNH/RS nas ações de Educação Permanente e Educação Profissional como eixos da qualificação do trabalho – da atenção – da gestão do SUS;
- empenho na articulação de todas as ações intra e interinstitucionais, para se avançar na superação das históricas fragmentações e dissociações: no trabalho – na atenção – na gestão.

Metas 2009-2011:

- Incluir o debate sobre a Humanização nas Conferências Municipais e Estadual de Saúde.

3.2 POLÍTICA ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**Objetivos:**

- incentivar ações de prevenção às violências, de caráter intra e intersetorial e organizado de forma horizontal, de base comunitária, especialmente na estratégia Saúde da Família;

- diagnosticar a situação atual e elaborar planos de ação de prevenção à violência, construídos com as comunidades, nos municípios com maior prevalência de situações de violências;
- realizar ações preventivas de prevenção à violência e articular redes regionalizadas de prevenção à violência.

Diretrizes:

- articulação e integração de programas e ações de prevenção à violência nos municípios com o programa implantado;
- composição de uma rede social de serviços de prevenção à violência;
- integração de ações de promoção e prevenção da vida desenvolvidas junto às comunidades de maior vulnerabilidade social;
- redução dos homicídios, suicídios e acidentes de trânsito por local de ocorrência nos municípios prioritários;
- descentralizar as ações de prevenção da violência nas macrorregionais e municípios;
- intensificar o combate às drogas, especificamente com programas direcionados às escolas;
- formação conceitual e instrumental de grupos e equipes de saúde para a prevenção da violência, especialmente equipes de saúde da família.

Metas 2009-2011:

- implantar o Programa de Prevenção à Violência nos 50 municípios prioritários;
- construir 70% dos diagnósticos dos 50 municípios com adesão ao Programa de Prevenção à Violência;
- construção de planos de ação nos municípios com adesão ao Programa de Prevenção à Violência;
- implantar comitês municipais de prevenção à violência em todos os municípios com adesão ao Programa de Prevenção à Violência;
- reduzir em 5% a taxa de mortalidade por homicídios nos 50 municípios prioritários;
- reduzir em 5% a taxa de mortalidade por suicídio nos 50 municípios prioritários;

- reduzir em 5% a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito nos 50 municípios prioritários.

3.3 POLITICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL

Objetivo:

- fortalecer a implementação da reforma psiquiátrica no Estado, avançando na substituição gradual de leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede efetiva de serviços de atenção integral à Saúde Mental.

Diretrizes:

- ampliação e qualificação da rede de serviços de atenção integral em saúde mental no RS, priorizando os municípios da região metropolitana com maior densidade populacional, maior número de internações psiquiátricas e menor capacidade de serviços instalados;
- sensibilização dos profissionais dos serviços para a atenção em saúde mental à população de maior vulnerabilidade, tais como, povos indígenas, populações sazonais, dependentes químicos, moradores de rua, entre outros;
- implementação de ações de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, em especial a prevenção do crack;
- desenvolvimento de ações de Saúde Mental na atenção básica;
- ampliação e qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, leitos psiquiátricos e de álcool e drogas em Hospitais Gerais e Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT;
- intensificação das ações de assessoria e educação permanente em Saúde Mental.

Metas 2009-2011:

- implantar 30 oficinas terapêuticas com prioridade para as regiões com menor cobertura de serviços de Saúde Mental e maior número de internações;

- realizar 02 encontros na macrorregião metropolitana (1ªCRS, 2ªCRS e 18ªCRS) para consolidar a capacidade técnica na atenção aos portadores de transtornos de álcool e drogas;
- realizar 06 encontros/ano envolvendo as demais macrorregionais de saúde para consolidar a capacidade técnica na atenção aos portadores de transtornos de álcool e drogas, em parceria com a Escola de Saúde Pública;
- implantar 15 CAPS nas modalidades "I" e "AD" em regiões prioritárias;
- aumentar em 10%, a cada ano, o número de hospitais gerais que realizam internação por álcool e drogas em leito clínico;
- ampliar para 160 o número de CAPS no Rio Grande do Sul, condicionado ao financiamento federal;
- acompanhar, qualificar e regular os 6 Hospitais Psiquiátricos do Rio Grande do Sul;
- implantar 03 novos Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT;
- desinstitucionalizar 10% dos moradores do Hospital Colônia Itapuã.

3.4 POLÍTICA ESTADUAL PARA DST/AIDS

Objetivo geral:

- promover o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS e outras DST, com vistas à redução da incidência destes agravos na população, através da implementação de políticas públicas voltadas à prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde individual e coletiva no Estado do Rio Grande do Sul.

Objetivos específicos:

- promover o acesso universal da população à atenção integral em HIV/AIDS e outras DST;
- aumentar a cobertura diagnóstica de HIV/AIDS e outras DST no RS;
- reduzir o tempo de diagnóstico do HIV e outras DST no RS;
- reduzir o número de casos novos de infecção pelo HIV no RS;
- reduzir o número de casos novos de infecção para outras DST no RS;

- reduzir o número de casos novos de transmissão vertical do HIV no RS;
- reduzir o número de casos novos de sífilis congênita no RS;
- reduzir a mortalidade por AIDS no RS;
- reduzir a mortalidade por outras DST no RS;
- aumentar a cobertura de atenção aos portadores de HIV/AIDS e outras DST no RS;
- incrementar o acesso da população aos insumos de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e do HIV;
- ampliar os sistemas de informação com vistas ao monitoramento de dados relevantes e dos indicadores epidemiológicos do HIV/AIDS e outras DST (SINAN, SICLOM, SISCEL, SIM e SI CTA);
- melhorar a qualidade de vida dos portadores de HIV/AIDS e outras DST.

Diretrizes:

- organização, gerenciamento e integração das diretrizes das políticas de atenção ao HIV/AIDS e outras DST, em nível estadual, de forma articulada às ações dos municípios garantindo a ampla e democrática participação da sociedade e dos usuários do sistema;
- promoção da consolidação de uma rede intersetorial de atendimento ao HIV/AIDS e outras DST consonante aos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS - equidade, transversalidade e integralidade – visando a organização sistêmica da atenção bem como o aumento de sua resolubilidade;
- contribuição para construção de um modelo de atendimento em saúde que incorpore e garanta a execução de ações e estratégias de abordagem destes agravos em todas as instâncias de complexidade do sistema organizado de saúde;
- garantia à construção dos planos de destinação de recursos e insumos e a aplicação destes nas políticas voltadas ao combate do HIV/AIDS e DST no âmbito do estado e dos seus municípios;
- assessoramento e supervisão aos municípios no desenvolvimento e execução das suas políticas de prevenção, diagnóstico e assistência;

- desenvolvimento de políticas de redução das vulnerabilidades de populações identificadas como de maior risco biopsicossocial pela infecção do HIV e outras DST;
- capacitação da rede de saúde nos diversos níveis de complexidade para execução de ações de aconselhamento, prevenção, diagnóstico e assistência na esfera Estadual e Municipal;
- estímulo à descentralização do atendimento das DST/HIV/AIDS a partir da consolidação das redes de atenção à saúde organizadas por macrorregiões;
- garantia da ampliação da rede de diagnóstico considerando fatores como: capacidade instalada, incorporação de novas tecnologias (Testagem Rápida) e necessidade de cobertura;
- disponibilização de testagem rápida para HIV a todas as gestantes que acessarem as maternidades cadastradas no Estado;
- garantia da adequada aquisição, distribuição e descentralização dos insumos de prevenção a partir do planejamento das demandas populacionais;
- garantia da aquisição, distribuição e descentralização dos medicamentos para DST e infecções oportunistas conforme resolução da CIB/RS;
- garantia da aquisição, distribuição e descentralização da fórmula láctea infantil aos RN expostos ao HIV;
- articulação e integração de ações, de forma horizontal com os outros programas da Secretaria da Saúde do Estado com vistas a ampliar a abordagem de prevenção, diagnóstico e estímulo à adesão ao tratamento do HIV e outras DST;
- articulação e integração institucionalmente ações de promoção a saúde, direitos humanos, sociais e reprodutivos, exercício da cidadania e combate ao preconceito (gênero, raça, etnia e orientação sexual) com órgãos da esfera pública e da sociedade civil organizada;
- estímulo e apoio aos programas de pesquisa na área do HIV/DST/AIDS com outras instituições e organizações científicas: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Universidades, Fundações e organismos internacionais;
- fortalecimento e ampliação das estratégias de redução de danos e abordagem à dependência química no Estado do RS.

Metas 2009-2011:

- ampliar as ações da Política de HIV/AIDS e outras DST para 100% do RS;
- ampliar a rede diagnóstica disponível para HIV e outras DST;
- reduzir os casos de sífilis congênita a menos de 1 caso por 1.000 nascidos vivos;
- reduzir para 2% a taxa de transmissão vertical do HIV;
- executar os Planos de Enfrentamento da Epidemia da AIDS e outras DST entre mulheres, HSH gays e travestis (vide plano anexo), em conjunto com outras áreas do governo e sociedade civil em 100% dos municípios que recebem financiamentos específicos;
- ampliar o Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE - para os municípios que recebem financiamento específico;
- disponibilizar 100% da aquisição de insumos de prevenção, especialmente preservativos masculinos, como contrapartida Estadual;
- disponibilizar 100% dos medicamentos que compõem o tratamento da pessoa com HIV/AIDS e outras DST, especialmente os de responsabilidade do gestor estadual, pactuados na CIB;
- capacitar 100% das equipes de saúde de serviços especializados no atendimento de HIV/AIDS e outras DST;
- promover encontros com gestores, sociedade civil organizada para discussão de estratégias de enfrentamento das questões relativas ao HIV/AIDS e outras DST;
- capacitar os municípios, regionalmente estratégicos, para implantação do programa de redução de danos;
- estabelecer parcerias com instituições locais, nacionais e internacionais de pesquisa científica na área de HIV/AIDS e outras DST.

3.5 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL**Objetivo:**

- estimular, assessorar e monitorar os municípios do RS na organização da gestão em saúde bucal, vigilância das condições de saúde, e realização de ações de

promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde com vistas a reduzir os índices de cárie, doença periodontal, câncer bucal, e controlar a má oclusão e fluorose em todas as faixas etárias.

Diretrizes:

- ampliação do número de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, incluindo ações para a população indígena;
- implementação de ações de média complexidade através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO;
- realizar levantamento epidemiológico de saúde bucal para dar condições de avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas.

Metas 2009-2011:

- implantar 2.052 equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família;
- implantar 22 equipes de saúde bucal indígena na Estratégia de Saúde da Família;
- implantar 50 Centros de Especialidades Odontológicas;
- ampliar o acesso à Primeira Consulta Odontológica para 17% da população do RS;
- implantação de 12 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD;
- realizar, no mínimo, 01 curso descentralizado por coordenadoria regional para formação de Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal;
- realizar, no mínimo, 01 encontro de capacitação para trabalhadores de saúde bucal por Coordenadoria Regional;
- qualificar a vigilância dos teores de flúor tanto no nível estadual e municipal através de 60% das amostras de água com teores de flúor adequados.

3.6 POLITICA ESTADUAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**Objetivo:**

- reduzir a incidência e a prevalência das doenças correlacionadas com o hábito alimentar, atuando na vigilância e promoção da alimentação saudável.

Diretrizes:

- monitoramento da situação alimentar e nutricional no Rio Grande do Sul;
- promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, através de ações conjuntas com as demais secretarias, em especial a Secretaria de Educação;
- prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição;
- desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição.

Metas 2009-2011:

- realizar 03 reuniões técnicas anuais para capacitação das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde em alimentação e nutrição, com ênfase nas diretrizes da Política Estadual de Alimentação e Nutrição;
- realizar 02 capacitações por ano para todos os Coordenadores Municipais de Alimentação e Nutrição do Estado para a implementação e execução do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional;
- fomentar e divulgar em 90% dos municípios do Estado a promoção de hábito de vida e alimentação saudável, através da distribuição de material educativo destinado a população leiga (folder "Coma melhor e viva melhor" elaborado pela equipe técnica);
- qualificar os profissionais da SES que atuam na política de alimentação e nutrição para atualização científica na área;
- reduzir para 4% o percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade;
- acompanhar, pela Atenção Básica, 65% de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família.

3.7 POLÍTICA ESTADUAL DO SANGUE**Objetivos:**

- coordenar e incrementar a consolidação da Hemorrede Pública mediante a produção e o fornecimento de sangue e hemoderivados com qualidade aos leitos do Sistema Único de Saúde - SUS;
- prestar atendimento multiprofissional a pacientes hemofílicos e portadores de coagulopatias na FEPPS/HEMORGS/Clinica Hematológica do Estado do Rio Grande do Sul, que é referência estadual para este atendimento;
- consolidar a Política Estadual do Sangue e Hemoderivados no Rio Grande do Sul.

Diretrizes:

- incrementar a seleção de doadores, coleta de sangue, processamento e produção de hemoderivados visando o atendimento da demanda de sangue no estado;
- incrementar a modernização de técnicas, procedimentos e ações que propiciem o aumento da doação de sangue voluntária, bem como a capacitação profissional dos integrantes da hemorrede;
- garantir recursos humanos e promover a capacitação na hemorrede do estado.

Metas 2009-2011:

- atender 100% da demanda de sangue, com qualidade, aos leitos do Sistema Único de Saúde – SUS - no estado;
- atender 100% da demanda no atendimento a pacientes hemofílicos e portadores de coagulopatias na FEPPS/HEMORGS/Clinica Hematológica do estado;
- implantar o plano de cargos e salários da Hemorrede Pública com a finalidade de cumprir a estadualização.

3.8 POLÍTICA ESTADUAL DE ASSISTENCIA FARMACÊUTICA**Objetivos:**

- organizar os serviços de assistência farmacêutica no estado, de forma hierarquizada, baseados no elenco de ações desenvolvidas em cada nível de atenção à saúde, objetivando o atendimento dos usuários de acordo com as políticas de medicamentos e assistência farmacêutica nacional e estadual,

investindo no desenvolvimento de recursos humanos e na infra-estrutura para a gestão descentralizada da assistência farmacêutica.

Diretrizes:

- qualificação das ações e serviços de assistência farmacêutica prestados ao usuário, de acordo com as políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica nacional e estadual;
- estímulo à melhoria da distribuição de medicamentos dos elencos dispensados em caráter especial e excepcional fortalecendo o processo de descentralização;
- promoção do uso racional de medicamentos.

Metas 2009-2011:

- padronizar procedimentos operacionais e atualizar procedimentos padronizados já existentes;
- capacitar no mínimo 01 servidor de cada CRS para a Política Estadual de Assistência Farmacêutica.
- implantar a integração dos sistemas AES (estoque almoxarifado central) e AME (estoques dos órgãos dispensadores) em todos os órgãos dispensadores do estado;
- efetuar a entrega de medicamentos dos elencos dispensados em caráter especial e excepcional, deferidos administrativamente, diretamente na residência para usuários idosos;
- implantar o sistema de inventário eletrônico de estoques em todos os órgãos dispensadores do estado;
- implantar pelo menos 05 novos Centros de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis para o tratamento de usuários portadores de hepatite C;
- credenciar empresas para elaboração de Pareceres Técnicos Científicos em pelo menos 15 especialidades médicas para subsidiar a defesa do estado pela PGE em ações judiciais relacionadas a medicamentos;

- reestruturar a equipe de médicos avaliadores e ampliar as parcerias com instituições públicas e privadas, visando aumentar a capacidade de avaliação técnica para análise das solicitações de medicamentos;
- revisar o elenco de medicamentos dispensados em caráter especial;
- elaborar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para o fornecimento de medicamentos dispensados em caráter especial (elenco estadual);
- aperfeiçoar o atual sistema de controle de óbitos por meio da integração do Sistema AME com a base de dados do Serviço de Verificação de Óbitos do Ministério da Saúde;
- capacitar os servidores que atuam na assistência farmacêutica dos municípios, Centros de Referência e Centros de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis;
- elaborar uma cartilha para distribuição aos usuários contendo informações gerais acerca das Políticas de Assistência Farmacêutica, bem como orientações quanto ao uso racional de medicamentos;
- elaborar cartilha para distribuição aos médicos prescritores contendo informações gerais acerca das Políticas de Assistência Farmacêutica, dos elencos de medicamentos fornecidos pelo estado, dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas existentes, dos procedimentos técnicos e administrativos necessários à instrução dos processos de solicitação destes medicamentos, bem como da importância de que as prescrições estejam adequadas as Políticas Nacional e Estadual de Assistência Farmacêutica;
- implantar, em conjunto com os municípios, registros de preços estadual dos medicamentos do elenco de referência da Assistência Farmacêutica Básica, para a aquisição dos mesmos pelos municípios objetivando a redução de custos;
- capacitar e estimular todos os municípios do estado para a elaboração dos respectivos planos municipais de Assistência Farmacêutica, com ênfase na Assistência Farmacêutica Básica;
- revisar todos os tratamentos ativos cadastrados no Sistema informatizado de Administração de Medicamentos - AME.

COM RELAÇÃO À INTERSECÇÃO DA POLÍTICA COM A FEPPS

Objetivos:

- produzir medicamentos destinados a Saúde Mental e excepcionais de alto custo;
- qualificar a logística de recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos.

Diretrizes:

- implementar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica;
- promover a qualificação da descentralização do serviço de Assistência Farmacêutica de forma hierarquizada.

Metas 2009-2011:

- receber, armazenar e distribuir os medicamentos para atender aos programas estratégicos do governo federal no RS (DST-AIDS, tuberculose e hanseníase), os medicamentos especiais e os medicamentos de hospitais próprios da Secretaria da Saúde no RS e os produzidos pela FEPPS/LAFERGS.

3.9 POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE NAS FRONTEIRAS

Objetivos:

- fortalecer as ações básicas estabelecendo prioridades conjuntas para os municípios de fronteira;
- estabelecer ações estratégicas conjuntas de Vigilância em Saúde nas fronteiras;
- viabilizar, a partir dos acordos firmados, condições de assistência à saúde nos municípios de fronteira, prioritariamente, nas cidades gêmeas Brasil-Uruguai;
- garantir escopo legal para os acordos internacionais que vierem a ser construídos.

Diretrizes:

- criação de protocolos conjuntos para Vigilância em Saúde e construção de observatórios de vigilância em pontos estratégicos das fronteiras;
- regulamentação do Acordo Brasil-Uruguai e de Lei Complementar Nacional que permita compra de serviços assistenciais em saúde entre Brasil-Uruguai e Uruguai-Brasil;
- organização e viabilização de condições de sustentabilidade em saúde entre os países que fazem fronteira com o Rio Grande do Sul, com criação de uma rede de serviços binacional entre Brasil e Uruguai.

Metas 2009-2011:

- implantar 02 observatórios de Vigilância em Saúde nas fronteiras;
- elaborar, em conjunto, protocolos para a atuação em Vigilância e Assistência à Saúde nas fronteiras.

4 POLÍTICAS E/OU PROPOSTAS RELACIONADAS À GESTÃO DO SUS**4.1 PLANEJAMENTO****Objetivos:**

- disseminar a cultura de planejamento no Rio Grande do Sul, tendo em vista contribuir com a resolubilidade e qualidade da gestão e da atenção à saúde;
- fortalecer o sistema de planejamento do SUS no nível da gestão estadual, estimulando a utilização dos instrumentos de planejamento em saúde;
- fomentar o desenvolvimento de novas tecnologias em planejamento, aplicáveis ao âmbito produtivo;
- planejar, monitorar e avaliar os investimentos em saúde no Rio Grande do Sul;
- desenvolver estratégias para qualificar o monitoramento e a avaliação (M&A) do sistema de saúde, tendo em vista aprimorar a gestão do SUS no estado.

Diretrizes:

- fortalecimento das estratégias, ações e instrumentos de planejamento na gestão estadual do SUS;
- promoção das condições necessárias à qualificação dos instrumentos de gestão e do processo de monitoramento e avaliação da gestão em saúde;
- descentralização do sistema de planejamento do SUS, inclusive dos recursos financeiros, fortalecendo e qualificando o processo de gestão participativa;
- desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde na temática "planejamento no SUS";
- instrumentalizar os servidores da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, priorizando as Coordenadorias Regionais de Saúde, e as Secretarias Municipais de Saúde do Estado, para a qualificação das rotinas de monitoramento e avaliação, como ação estratégica para a gestão do SUS;
- estimular, mediante cooperação técnica e financeira, o desenvolvimento de estratégias de qualificação do controle social, educação popular em saúde, auditoria, ouvidoria do SUS;
- promoção do intercâmbio de experiências com outros estados e entre os municípios gaúchos, estimulando a transferência de tecnologias em planejamento, monitoramento e avaliação do SUS.

Metas 2009-2011:

- realizar 20 cursos de capacitação em planejamento, para 800 participantes das Secretarias Municipais de Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde e dos Conselhos de Saúde;
- estruturar um grupo de estudos em planejamento na SES;
- adquirir material bibliográfico para a SES, ou seja, realizar aquisição de livros e assinaturas anuais de periódicos de referência em planejamento na área da saúde;
- informatizar o Relatório de Gestão;
- monitorar 100% das ações, políticas e estratégias em saúde desenvolvidas no estado;

- realizar, pelo menos, um encontro semestral ao ano, com as Coordenadorias Regionais de Saúde para discussão e qualificação das ações de planejamento no SUS;
- realizar 02 oficinas ao ano, para 80 pessoas cada em M&A com as Coordenadorias Regionais de Saúde e os municípios;
- capacitar pelo menos um trabalhador do SUS por município em M&A;
- realização do Encontro Estadual de M&A, tendo em vista promover troca de experiências entre as diferentes regiões do Estado e instituições de ensino e pesquisa em 2011;
- publicar uma edição do Boletim da Saúde em parceria com a Escola de Saúde Pública, com foco na área de Planejamento em Saúde.
- publicar e promover a distribuição de, pelo menos, 500 exemplares do Plano Estadual de Saúde - PES 2009/2011, e da versão atualizada do Plano Diretor de Regionalização - PDR e do Plano Diretor de Investimento - PDI;
- confeccionar material instrucional na área de gestão e planejamento para capacitação de gestores municipais e de técnicos da SES;
- capacitar pelo menos um representante de cada uma das 19 Coordenadorias Regionais e profissionais de municípios em planejamento - Programação Pactuada Integrada – PPI - da Assistência e Monitoramento, Avaliação, Controle e Regulação.

4.2 FINANCIAMENTO

Objetivos:

- reestruturar a área financeira da SES, redefinindo atribuições;
- revisar e atualizar a legislação do Fundo Estadual de Saúde - FES, caracterizando-o como efetivo instrumento de gestão orçamentária, financeira e contábil do SUS;
- gerenciar, de forma eficiente e com transparência, os recursos financeiros do SUS;
- qualificar a gestão estadual dos recursos federais.

Diretrizes:

- reestruturação física e de recursos humanos para execução, monitoramento e avaliação dos recursos financeiros aplicados em saúde no Rio Grande do Sul;
- qualificação do Relatório de Gestão de Saúde, municipais e estadual, como instrumento efetivo de planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços desenvolvidos, bem como da aplicação dos recursos financeiros em saúde;
- capacitação de técnicos da SES para a gestão e gerência de convênios federais e recursos provenientes de portarias federais.

Metas 2009-2011:

- informatizar o Relatório de Gestão da SES;
- concluir a informatização dos Relatórios de Gestão Municipais de Saúde - RGMS;
- capacitar 100% dos trabalhadores do FES para aplicação de novas tecnologias;
- capacitar 100% dos Conselheiros Estaduais de Saúde para a compreensão dos relatórios produzidos pelas ferramentas tecnológicas utilizadas pelo FES;
- capacitar 100% dos trabalhadores da equipe da divisão de convênios da ASSTEPLAN e da equipe de execução orçamentário-financeira e de prestação de contas de recursos federais do FES.

4.3 INVESTIMENTOS EM SAÚDE**Objetivos:**

- fortalecer o processo de participação popular no Rio Grande do Sul, com a ampliação dos investimentos em saúde;
- qualificar o processo de regionalização da saúde no Rio Grande do Sul.

Diretrizes:

- valorização da mobilização popular realizada pelos COMUDES e COREDES na distribuição dos recursos da Consulta Popular;

- estímulo à divulgação da Consulta Popular para aumentar a participação social na definição das prioridades para os investimentos em saúde;
- fortalecimento da participação das Coordenadorias Regionais de Saúde no processo de mobilização popular para votação nas prioridades de saúde;
- investimentos em hospitais pólos de referência regional.

Metas 2009-2011:

- ampliar o número de votantes na Consulta Popular para a área da saúde;
- aumentar os investimentos em saúde por meio da Consulta Popular;
- construir Hospital Regional Centro em Santa Maria como referência regional e estadual para reabilitação física e motora.

4.4 REDES DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA**Objetivos:**

- garantir o acesso do cidadão às ações e serviços especializados de média e alta complexidade, no seu município ou em outro município de sua região, de modo a evitar ou diminuir as distâncias de deslocamento intermunicipal;
- garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal;
- garantir a integralidade da atenção à saúde através da organização das Redes de Ações e Serviços de Saúde Integradas;
- garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover equidade;
- integrar os hospitais às Redes Regionalizadas de Saúde e impulsionar a adesão às ações prioritárias da política estadual de saúde, ampliando o acesso assistencial;
- monitorar a produção das unidades habilitadas, pelo acompanhamento e avaliação da produção e sua conformidade com os parâmetros pactuados ou contratados;
- implementar o Plano Estadual de Saúde Auditiva e o Roteiro para Habilitação dos Serviços de Deficiência Mental e Autismo, conforme RES n074/08.

Diretrizes:

- potencialização do processo de descentralização das ações em saúde;
- racionalização dos gastos e otimização dos recursos, possibilitando ganhos em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (PT GM/MS 399/06);
- apoio aos hospitais vinculados ao SUS, através de incentivos financeiros, pagos com recursos do Tesouro Estadual;
- promoção de melhor qualidade de vida para o desempenho das atividades cotidianas e laborais das pessoas com deficiência.

Metas 2009-2011:

- habilitar no mínimo 08 Redes Assistenciais de Média Complexidade localizadas em cada uma das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, de acordo com as especificidades de cada região;
- habilitar, no mínimo, 3 Redes Assistenciais de Alta Complexidade localizadas em cada uma das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, de acordo com as especificidades de cada região;
- conceder incentivos financeiros a 315 hospitais vinculados ao SUS, em áreas prioritárias da política assistencial do Estado;
- regular 100% das vagas nos serviços de reabilitação para atendimento das pessoas com deficiência física, auditiva, mental e autismo;
- implantar a Triagem Auditiva Neonatal Universal – TAN - em 40 hospitais.

4.5 REGULAÇÃO EM SAÚDE**Objetivos:**

- promover a relação humanizada no trabalho e na assistência aos doentes graves e terminais, através da proximidade com a família e local de residência;
- cumprir a função de organizar o sistema de contra-referência com a continuidade da assistência;

- otimizar a utilização da capacidade instalada da atenção especializada e serviços de referência, reservando-a para o atendimento dos casos que exigem tal nível de complexidade;
- garantir o acesso dos pacientes a tecnologias de acordo com protocolos estabelecidos;
- priorizar os serviços de atendimento de urgências de hospitais especializados como “portas de entrada” do sistema de saúde para estas situações, definindo as “portas de saída” (hospitais de menor complexidade) e, portanto, uma hierarquia de serviços;
- criar mecanismos efetivos de integração e comunicação entre hospitais de diferentes níveis de complexidade, intermediado pela Central Estadual de Regulação e assegurando os princípios de universalidade e integralidade da assistência;
- substituir o relacionamento pessoal e a informalidade como matriz dos encaminhamentos por um fluxo regulado entre os níveis de complexidade;
- na regulação dos fluxos de referência e contra-referência voltados para a gravidez de alto risco e mortalidade infantil neonatal;
- auxiliar a equipe de saúde do serviço solicitante no manejo de situações que envolvam gestação de risco, uniformizando conceitos e critérios de abordagem;
- facilitar o processo de tomada de decisões no atendimento obstétrico e perinatal, em relação à necessidade de transferência da gestante e/ou neonato a serviços especializados (orientações de manejo clínico, verificação de necessidades e condições para a transferência, cuidados necessários, etc.);
- reduzir os fatores de risco da gestação;
- nos protocolos de admissão e alta hospitalar de neonatos em UTI/UCI protocolos de admissão neonatal;
- definir critérios de admissão de recém-nascidos em risco de vida que necessitam de cuidados especiais, nas 24 horas do dia, em unidades de tratamento intensivo ou de cuidados intermediários neonatais;
- assegurar acesso a atendimento especializado, humanizado e de qualidade, indicado às suas condições de saúde;

- oportunizar todos os recursos disponíveis para diagnóstico e tratamento com potencial mínimo de risco, alicerçado em evidências e princípios éticos;
- contribuir com a redução da mortalidade neonatal;
- no monitoramento e avaliação da regulação;
- mapear as internações em UTI – para regulação das solicitações de leitos de UTI: análise, orientação para o caso e identificação da disponibilidade de leitos;
- implantar protocolos de internação/tempo de permanência em UTI;
- acompanhar os mapas de leitos dos serviços de UTI, sob gestão estadual, com a finalidade de monitorar a utilização do serviço de acordo com o protocolo;
- a avaliação de indicadores de qualidade e desempenho;
- institucionalizar atividades de monitoramento e avaliação que instrumentalizem o processo de tomada de decisão, no sentido de confirmação das ações desenvolvidas ou correção de rumo;
- avaliar o ingresso e a permanência dos pacientes em unidade de terapia Intensiva, verificando a adequação aos protocolos estabelecidos.

Diretriz:

racionalização do uso dos serviços visando à diferenciação entre necessidade e demanda (manual pró-gestores – CONASS), fundamental para o dimensionamento da oferta, pois *“Nem toda demanda é necessidade, porém requer respostas. Nem toda necessidade é demandada pela população, porém requer o discernimento do gestor para o seu enfrentamento. As demandas do usuário são geradas muitas vezes pelos serviços/prestadores, e não pela necessidade. Esses conceitos precisam ser aprofundados, em virtude da adequada alocação de recursos com eficiência e eficácia.”*

Metas 2009-2011:

- regular a totalidade da UTI sob protocolo operacional de regulação e mapeamento analítico;
- regular as internações em Neurologia e Neurocirurgia sob protocolo operacional da regulação estadual;
- regular as internações em cardiologia sob protocolo operacional da regulação estadual;

- regular as internações em traumatologia sob protocolo operacional regulação estadual;
- regular as consultas especializadas e exames ambulatoriais;
- regular as cirurgias eletivas e internações de urgência sob protocolo operacional;
- estruturar 07 centrais de regulação, uma em cada macrorregião de saúde;

4.6 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS

Objetivos:

- estimular a sensibilização de atores sociais para o fortalecimento da participação popular no controle social do SUS;
- cooperar técnica e financeiramente com o Conselho Estadual de Saúde – CES - para a educação permanente de conselheiros de saúde no Rio Grande do Sul;
- contribuir para a instrumentalização e qualificação dos conselheiros de saúde estaduais e municipais;
- desenvolver estratégias para a qualificação de atores sociais (representantes da sociedade civil, movimentos de pessoas portadoras de patologias, entre outros) para o controle social do SUS Estadual;
- garantir infra-estrutura, bem como recursos humanos, materiais e de mobilização para a execução das ações do controle social;
- ampliar o conhecimento da população do campo sobre a incidência de algumas doenças e agravos mais frequentes nesta população.

Diretrizes:

- desenvolvimento de estratégias que promovam o intercâmbio de experiências entre os Conselhos de Saúde do Estado, movimentos e entidades populares que contribuam para o fortalecimento da rede de informações do controle social;
- ampliação da participação dos movimentos e entidades populares no controle social, para a defesa coletiva do SUS;
- promoção de apoio às oficinas de educação permanente para o controle social do SUS nas microrregiões, regiões e microrregiões sanitárias;

- capacitação de grupos interdisciplinares de atores pertencentes às Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado para atuarem como referência em ações de educação popular, a fim de ampliar e estimular a participação popular no SUS;
- desenvolvimento de estratégias para a capacitação de atores sociais em educação popular;
- construção de recursos de comunicação em saúde para serem usados nos municípios do Rio Grande do Sul, tais como filmes, programa de rádios, cartilhas;
- organização de um site sobre Educação Popular e participação da população no SUS;
- produção de material didático-pedagógico de Educação Permanente e de mobilização social;
- sensibilização e ampliação do acesso à informação em saúde sobre a incidência das doenças e agravos mais frequentes na população do campo;

Metas 2009-2011:

- realizar oficinas de educação permanente com conselheiros estaduais de saúde para 100 pessoas/mês;
- realizar oficina de sensibilização da Educação Permanente de Conselheiros de Saúde com entidades para 100 pessoas/semestre;
- apoiar oficinas de Educação Permanente para o Controle Social do SUS nas macrorregiões, regiões, microrregiões e municípios, atingindo um público de 10 mil pessoas;
- organizar e reestruturar os Conselhos de Saúde no Rio Grande do Sul através de visitas, assessorias e realização de oficinas;
- organizar, anualmente, seminário estadual para debater a inserção do Controle Social no Pacto pela Saúde para público de, aproximadamente, mil pessoas;
- realizar curso de atualização via Escola de Saúde Pública - ESP - (200 horas-aula presenciais) em educação popular para profissionais de saúde;

- construir recursos de comunicação, educação e informação em Saúde para serem distribuídos nos municípios como material educativo, tais como filmes, programas de rádio, cartilhas, entre outros;
- organizar site do Conselho Estadual de Saúde - CES/RS - e Boletim Eletrônico;
- organizar seminário sobre Educação Permanente, com ênfase em Educação Popular em Saúde e Participação no SUS;
- realizar mostra estadual de experiências bem sucedidas em educação popular em saúde;
- organizar seminários, encontros e oficinas sobre o controle social do SUS para 750 atores sociais (representantes da sociedade civil, movimentos de pessoas portadoras de patologias, entre outros);
- distribuir boletins informativos para 90% dos municípios que possuem ESF rural do Rio Grande do Sul;
- distribuir boletins Informativos para 50% dos municípios com atenção básica nas zonas rurais.

4.7 AUDITORIA DO SUS

Objetivos:

- instrumentalizar as equipes de auditoria, componentes estadual e municipal, qualificando a gestão do sistema de saúde, em consonância com a Política Nacional de Auditoria do SUS.

Diretrizes:

- capacitação para médicos-auditores que atuam no Rio Grande do Sul;
- desenvolvimento de estratégias para qualificação das equipes de auditoria estadual e municipais que possuam componente municipal de auditoria.

Metas 2009-2011:

- capacitar 100% dos médicos auditores da SES-RS;
- capacitar 100% dos profissionais dos componentes municipais de auditoria;

4.8 OUVIDORIA DO SUS

Objetivos:

- implantar Ouvidoria Estadual do SUS, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica, conforme diretrizes nacionais;
- estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de ouvidoria em saúde, corresponsabilizando os gestores municipais na implantação deste serviço, assegurando aos cidadãos o acesso a informações sobre o direito à saúde e as relativas ao exercício deste direito;
- estimular e fortalecer a implementação de ouvidorias nas secretarias municipais de saúde no Rio Grande do Sul;
- incentivar a implantação de ouvidorias em municípios localizados nas 19 regiões de saúde;
- organizar, implantar e ampliar a rede Estadual de Ouvidorias do SUS.

Diretrizes:

- implementação da Ouvidoria do SUS em nível estadual, visando ampliar a participação do cidadão usuário por meio da escuta, da análise e do retorno das manifestações, criando um canal direto de comunicação e escuta, que funcione de forma independente, autônoma e ética, preservando-se o sigilo que a atividade requer;
- identificação dos municípios a serem implantadas ouvidorias através da indicação dos Colegiados Gestores Regionais – COGERES, e homologadas pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RS;
- interligação dos Serviços de Ouvidoria no Sistema do Ouvidor SUS;
- qualificação e capacitação dos gestores e profissionais de saúde das secretarias municipais para o trabalho com Ouvidoria no SUS, visando a ampliação da participação dos usuários do SUS, por meio da escuta, da análise e do retorno às manifestações dos cidadãos.

Metas 2009-2011:

- capacitar 100% dos recursos humanos da SES;
- contratar serviços de tele-atendentes terceirizados para a implantação do serviço de Ouvidoria na SES;
- elaborar material educativo e informativo sobre Ouvidoria no SUS para divulgação do serviço;
- adequar área física e rede lógica para a instalação do Serviço de Ouvidoria Estadual;
- qualificar e capacitar os gestores e profissionais de saúde das secretarias municipais para a implantação e ampliação de ouvidorias municipais.

4.9 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Objetivos:

- reestruturar o plano de cargos, carreiras e salários da Secretaria Estadual da Saúde e da FEPPS;
- ampliar o quantitativo de recursos humanos na secretaria estadual da saúde e FEPPS;
- desenvolver estratégias de gestão de recursos humanos na SES E FEPPS;
- estruturar uma política de saúde do servidor da Secretaria Estadual de Saúde articulada às diferentes especificidades de cada espaço de atuação profissional.

Diretrizes:

- investigação e diagnóstico das condições de trabalho geradoras de adoecimento e sofrimento psíquico dos servidores;
- realização de estudo para levantamento das necessidades de recursos humanos na SES e FEPPS;
- promoção da realização de concurso público para a SES e FEPPS;
- criação de ações de acolhimento e integração e capacitação dos servidores;
- investigação, junto à Secretaria de Administração, dos principais problemas relacionados à saúde do servidor e causa de afastamento na SES e FEPPS, a fim de propor estratégias de enfrentamento dos problemas identificados;

- expansão do plano piloto desenvolvido no Hospital Sanatório Partenon em saúde do servidor para outros setores departamentos da SES e FEPPS;
- estudo sistemático das necessidades de pessoal da SES e FEPPS.

Metas 2009-2011:

- reestruturar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários e encaminhar para a Assembléia Legislativa;
- propor uma ferramenta de avaliação de riscos nos ambientes de trabalho;
- construir e publicar a política de saúde do servidor;
- elaborar e implantar projeto de acolhimento e integração de novos servidores;
- elaborar novo concurso público para a SES e a para a FEPPS;
- capacitar 100 trabalhadores da SES-RS em gestão de pessoas;
- nomear 150 servidores concursados para a SES-RS.

4.10 INFRA-ESTRUTURA SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**Objetivos:**

- implantar a reforma organizacional e administrativa da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul;
- aperfeiçoar a infra-estrutura da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

Diretrizes:

- aprovação do decreto da nova estrutura da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul;
- adequação da legislação relacionada aos cargos de confiança e funções gratificadas à nova estrutura da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul;
- implantação e aperfeiçoamento da rede lógica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, através do Plano Diretor de Informática - PDI;
- renovação da frota de veículos a serviço da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul;

- qualificação de recursos humanos da SES-RS para o desempenho de suas atribuições;
- implantação da Divisão de Compras dentro da estrutura da SES-RS;
- implantação da Divisão de Contratos e Fiscalização de Contratos da SES-RS;
- fortalecimento das ações do projeto “Patrimônio Público: Eu cuido”;
- implementação do projeto de Modernização dos Serviços Gerais (arquivo, telefonia, reprografia) da SES-RS;
- qualificar os processos de preenchimento das notificações e dos RINAVs (Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violência), para viabilizar o monitoramento de informações que auxiliarão na análise da situação da violência no estado.

Metas 2009-2011:

- capacitar 120 trabalhadores da SES em fiscalização de contratos;
- capacitar 100 trabalhadores da SES em gestão de contratos;
- capacitar 400 trabalhadores da SES em softwares;
- capacitar 200 trabalhadores da SES em técnicas de redação;
- capacitar 200 trabalhadores da SES em gestão administrativa de processos;
- capacitar 100 trabalhadores da SES em direção defensiva;
- capacitar 100 trabalhadores da SES em atendimento ao público e relação interpessoal;
- capacitar 60 trabalhadores da SES em processos de licitação;
- capacitar 200 trabalhadores da SES para adequação às novas normas ortográficas da língua portuguesa;
- aprovar Decreto da nova estrutura da SES-RS
- formalizar a Divisão de Contratos dentro da Estrutura da SES-RS no Decreto de Reestruturação Administrativa;
- formalizar a Divisão de Compras dentro da estrutura da SES-RS através do Decreto de Reestruturação Administrativa;
- aprovar legislação de cargos de confiança e funções gratificadas adequada à nova estrutura da SES-RS;

- implantar rede lógica nos três hospitais próprios da SES-RS;
- adequar a rede lógica das Coordenadorias Regionais de Saúde no estado;
- reestruturar 100% da rede lógica da SES no CAFF;
- implantar programa informatizado de Gerenciamento de Compras;
- implantar programa Informatizado de Gerenciamento de Contratos;
- ampliar para 18 a equipe de técnicos em tecnologia da informação - TI, mediante terceirização de serviços, tanto no nível central da SES, quanto nas Coordenadorias Regionais de Saúde;
- ampliar para 49 a equipe de técnicos em suporte, mediante terceirização de serviços, tanto no nível central da SES, quanto nas Coordenadorias Regionais de Saúde;
- contratar mais 03 advogados e outros 05 trabalhadores para a equipe de compras da SES-RS;
- adquirir 1.500 computadores para o nível central e Coordenadorias Regionais de Saúde;
- destinar 100 veículos para municípios, preferencialmente para aqueles com ESF, ACS, PIM, PPV implantados;
- adquirir 95 veículos para a SES-RS;
- adquirir uma empilhadeira;
- adquirir 03 ambulâncias;
- concluir a doação de 147 veículos que estão sob a forma de cedência aos municípios;
- concluir a doação de 46 veículos do antigo INAMPS cedidos para a SES-RS;
- concluir a doação de unidades de saúde cedidas com a municipalização, de acordo com a demanda;
- substituir as centrais telefônicas nas Coordenadorias Regionais de Saúde e no nível central da SES-RS;
- concluir 50% da reformada do arquivo geral da SES-RS;
- contratar 07 copeiros e 03 garçons para o nível central e unidades da SES em Porto Alegre;
- substituir 100% das atuais copiadoras xerox da SES-RS;

- implantar serviço de recepção para a SES-RS em todos os departamentos, gerando 20 novos postos de trabalho.

4.11 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Objetivos:

- desenvolver ações de pesquisa, educação, capacitação e a produção de conhecimentos na saúde como forma de qualificar os programas de estado voltados à melhoria da saúde pública no Rio Grande do Sul;
- capacitar grupos interdisciplinares de atores pertencentes às Coordenadorias Regionais de Saúde do estado para atuarem como referência em ações de educação popular, a fim de ampliar e estimular a participação popular no SUS;

Diretrizes:

- descentralização e regionalização, que se expressa através dos NURESCs, Comissões de Integração Ensino-Serviço - CIES, Comitês Regionais de Humanização;
- integralidade da atenção, que se expressa nos projetos pedagógicos que contemplam as especificidades da atenção à saúde, compreendendo as áreas temáticas das políticas assistenciais e das vigilâncias em saúde, bem como do controle social;
- desenvolvimento de estratégias para a capacitação de atores sociais em educação popular;
- construção de recursos de comunicação em saúde para serem usados nos municípios do Rio Grande do Sul, tais como filmes, programa de rádios, cartilhas;
- disponibilização de ferramentas para educação popular em saúde aos municípios do estado;

Metas 2009-2011:

- qualificar 9.000 pessoas na Educação Permanente para o SUS no período;

- formar 1.230 alunos em nível de pós-graduação no período;
- formar 390 alunos em nível de ensino profissional no período;
- realizar Curso de atualização em educação popular em saúde para 02 trabalhadores de cada uma das Coordenadorias Regionais de Saúde;
- construir 3 produtos (filme, programa de rádio, cartilha) de educação popular em saúde;
- disponibilizar os produtos desenvolvidos a todos os municípios do estado;
- realizar uma mostra estadual de experiências em educação popular.

4.12 PESQUISA EM SAÚDE

Objetivos:

- desenvolver ações de pesquisa, educação, capacitação e a produção de conhecimentos na saúde como forma de qualificar os programas de estado voltados à melhoria da saúde pública no Rio Grande do Sul;
- apoiar, fomentar e realizar pesquisas tecnológicas na área de saúde pública;
- desenvolver produtos por biotecnologia nas áreas de interesse em saúde pública;
- formar e capacitar profissionais no nível de graduação e pós-graduação voltados à pesquisa científica em saúde pública;
- produzir animais de laboratório para realização de pesquisas científicas.

Diretrizes:

- desenvolvimento, padronização e validação de métodos moleculares para o diagnóstico de enfermidades e identificar resistência terapêuticas pela caracterização de seqüências genômicas;
- desenvolvimento, caracterização e validação de medicamentos, insumos farmacêuticos e modelos biológicos para pesquisas médicas;
- estímulo às ações que contribuem para a independência tecnológica nacional;
- atuação em consonância com a Política Nacional de Pesquisa no SUS;

- capacitação de profissionais voltados a pesquisa científica e tecnológica em saúde pública, incrementando a formação de profissionais em nível de graduação e pós-graduação.

Metas 2009-2011:

- realizar 30 pesquisas em saúde na Escola de Saúde Pública;
- implantar Centro de Inovação de Pesquisa em Saúde na Escola de Saúde Pública;
- obter as patentes dos kits diagnósticos em desenvolvimento na FEPPS: kit molecular para identificação de tuberculose, kit para detecção de resistência ao tratamento da tuberculose, kit molecular para detecção de Papillomavírus Humano - HPV - e kit para detectar e genotipar o vírus da hepatite C - HCV;
- implantar o cultivo celular e modelos pré-clínicos em ratos e camundongos visando o emprego de células-tronco para a regeneração cardíaca;
- implementar a utilização de ferramentas biotecnológicas no SUS;
- implantar critérios e padrões de avaliação e certificação de tecnologias sanitárias.

4.13 INFORMAÇÃO EM SAÚDE**Objetivos:**

- elaborar, implantar e implementar a Política de Informação e Informática em Saúde do SUS na SES-RS, racionalizando e otimizando os investimentos em informática e telecomunicação;
- instrumentalizar, paulatinamente, o processo decisório do SUS-RS através da promoção e implementação do uso intensivo da informação e suas tecnologias, de forma integrada, ágil e adequada às necessidades dos gestores, profissionais e conselheiros de saúde.

Diretrizes:

- criação, na estrutura organizacional da SES-RS, de uma instância coordenadora das ações de informação e informática, com atribuições de integrar, articular e ser guardiã da qualidade das informações, visando romper com a fragmentação, bem

como, fortalecer a identidade da área de informação e informática em saúde nas estruturas organizacionais;

- elaboração de proposta para reestruturação da área de informação e informática, como estratégia inicial, para enfrentar os problemas na gestão desta área, tendo em vista a qualificação dos sistemas de informação;
- abranger, entre outros, os seguintes campos: dados vitais; sistemas de informações do SUS; rede de centrais de regulação; produção e disseminação de informações institucionais; gerenciamento da página eletrônica da SES; informática em saúde (suporte, processamento de dados) e capacitação em informação e informática.

Metas 2009-2011:

- construir um novo site para a SES;
- estruturar um projeto para integrar a gestão dos sistemas de informação em saúde e a informática;
- implantar tecnologia de EAD na ESP;
- qualificar a rede lógica da SES-RS.

VI ANÁLISE DO IPSAÚDE REALIZADA PELAS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE

Neste capítulo, será apresentado o resultado da oficina realizada em conjunto com as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS - do Estado, tendo em vista aproximar-se das múltiplas dimensões que compõem a realidade de cada região na sua singularidade, bem como da heterogeneidade socioeconômica e cultural dos municípios que as compõem. Devido à proximidade das CRS com os municípios, pretendeu-se ensaiar uma construção ascendente no PES, integrando as análises realizadas nas oficinas na construção do PES 2009-2011, principalmente nos capítulos III e IV, a fim de não ficar restrito apenas às análises de caráter epidemiológico. As dificuldades encontradas na adequação de muitos dos principais problemas e das dificuldades levantados pelas coordenadorias em cada região nos objetivos, diretrizes e metas deste instrumento de gestão já foram consideradas anteriormente.

Por fim, cabe salientar que, para a realização das oficinas, foi utilizado o índice denominado IPSaúde (sobre sua construção, ver anexo I) e melhor explorado no capítulo seguinte, bem como o Quadro constante no anexo II deste documento, já que o mesmo foi utilizado como dispositivo para a discussão dos grupos de trabalho nas oficinas.

Problemas e dificuldades identificadas pelas CRS

a) Com relação aos problemas de Saúde

Observou-se que existem regiões que apresentam indicadores prioritários com resultados que estão aquém em relação ao resto do estado, o que não significa dizer que, em termos de país ou mundo, estejam com desempenho não satisfatório, já que o Rio Grande do Sul apresenta o melhor indicador de mortalidade infantil e está entre os três estados brasileiros que apresentam a melhor expectativa de vida do país. Entretanto, o raciocínio inverso ao enunciado no início da frase anterior também pode ser aplicado, ou seja, se um indicador não é apontado como prioritário, isto não significa necessariamente, que está com índices adequados, pois se este encontra parâmetro insatisfatório em todas as regiões, conclui-se que todas as regiões estão apresentando mal desempenho neste indicador.

Os indicadores prioritários e problemas de saúde identificados pelas CRS foram muitos e exigem estudos pormenorizados em cada região de saúde. Para sistematizar os

dados coletados na oficina, optou-se em considerar aqueles problemas que foram identificados em mais de cinco CRS. Com isso, quer-se reforçar neste instrumento a importância das CRS e desafiar os setores/departamentos para considerarem o que foi identificado como problema, tendo em vista unir esforços para um melhor planejamento de âmbito estadual e regional.

Cabe destacar que, de acordo com as análises realizadas, as regiões da 1ª, 2ª e 18ª CRS foram as que apresentaram um maior número de indicadores prioritários, com 21, 22 e 18 indicadores, respectivamente. Isso é explicado em razão de grande parte dos municípios que compõem estas coordenadorias pertencerem à Região Metropolitana de Porto Alegre - RS, apresentando maior nível de concentração populacional no estado.

Relacionado às condições climáticas do estado, de inverno rigoroso, a mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade é um problema prioritário nas regiões das 5ª, 6ª, 11ª, 12ª, e 17ª CRS. Associado a isso, está a situação de vulnerabilidade social, com más condições de moradia e saneamento. Em relação a 12ª CRS, a alta taxa de infecção respiratória foi relacionada à dificuldade de acesso aos serviços e, por conseguinte, à dificuldade de diagnóstico precoce.

A mortalidade por causas externas aparece como um dos principais problemas identificados no estado como um todo, sendo que se destacam as causas relacionadas a acidentes de transporte, ao suicídio e aos afogamentos, de acordo com o IP saúde. Os dois primeiros indicadores aparecem com piores índices em relação às taxas estaduais, na 1ª, 2ª, 6ª, 13ª, 15ª e 18ª CRS, sendo que altos índices de suicídio, ainda estão presentes na 19ª CRS, e os acidentes de transporte, na 16ª CRS. Os acidentes de transporte estão relacionados à presença intensa de rodovias importantes nas regiões, como a RS 287, na 13ª CRS, que liga a região central do estado à capital; e a BR 101, abrangendo as 1ª, 2ª e 18ª CRS, que possui intenso trânsito de caminhões. Salienta-se ainda, na 13ª CRS, o alto índice de acidentes com motocicletas, meio de transporte comum dos trabalhadores da região.

Em relação aos altos índices de suicídios, ainda há uma lacuna sobre as prováveis causas; entretanto, já estão sendo realizadas pesquisas nessa área a fim de identificá-las. Alguns estudos relacionam o uso de agrotóxicos nas culturas agrícolas ao suicídio, o que talvez possa explicar o alto índice na região da 13ª CRS, grande produtora de fumo no estado. Em relação aos afogamentos, estes aparecem com os piores índices na 1ª, 2ª, 6ª, 13ª, 15ª e

18ª CRS, sendo, nesta última, explicados por ser uma região litorânea e, nas outras CRS, pela grande presença de rios e lagoas.

Outro problema prioritário é a mortalidade por neoplasias, sendo o câncer de mama feminino o que possui piores índices de mortalidade em mais regiões (5ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª e 14ª CRS). Apesar do câncer de mama estar condicionado a fatores multicausais, incluindo hábitos de vida e carga genética, a alta prevalência de mortalidade está relacionada ao diagnóstico tardio, em função da dificuldade de acesso à mamografia e à ultrassonografia. Essa dificuldade, e talvez a mais importante, aparece como uma das principais causas da mortalidade por câncer de mama em todas as regiões. Além disso, mais duas questões foram identificadas: a primeira é em relação à falta de ações preventivas, ainda no nível primário de atenção; outra é a falta de referência pós-diagnóstico em oncologia, como foi identificado nas regiões da 8ª e da 14ª CRS. Dificuldades de acesso relativas às condições geográficas são proeminentes, em função de grandes distâncias entre municípios. Regiões fronteiriças com países vizinhos (Argentina e Uruguai), caso da 10ª e da 14ª CRS, também apresentam altas taxas de mortalidade e devem ser criadas alternativas particulares para estes problemas.

Não com a mesma abrangência do CA de mama, mas com proporções altas no estado, a mortalidade por neoplasias de pulmão, traqueia e brônquios, assim como de próstata, aparecem como problemas prioritários em cinco CRS. Estes problemas foram relacionados à falta de uma política mais intensa de prevenção ao tabagismo; à dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento, ou seja, aos serviços de média e alta complexidade; assim como ao fato de algumas destas regiões, como a 2ª CRS, serem carboníferas e/ou produtoras de fumo. A neoplasia de pulmão tem índices acima da média do estado na 1ª, 2ª, 8ª, 9ª e 10ª CRS. Em relação à 10ª CRS, as dificuldades são as mesmas enfrentadas para o caso da mortalidade por neoplasia de mama, como já foi explicitado anteriormente, ou seja, grande distância entre os municípios. O câncer de próstata aparece com índices maiores na 7ª, 8ª, 17ª, 18ª e 19ª CRS e está relacionado não somente com as condições de acesso, mas também com questões culturais, referentes ao exame preventivo.

Duas outras questões de suma importância para o estado são as altas taxas de proporção de nascidos vivos, por idade materna, de 15 a 19 anos; e as taxas de crianças com muito baixo peso ao nascer. Ambos os problemas aparecem como prioritários na 1ª, 2ª, 7ª, 9ª e 18ª CRS. A gestação na adolescência é, ainda, um problema na 8ª e na 12ª CRS, e muito baixo peso ao nascer, foi citado pela 13ª CRS. Na 7ª CRS, embora possa ser atribuído às

outras regiões do estado, foi identificado que estes indicadores estão relacionados à qualidade do pré-natal, incluindo a dificuldade de exames de apoio diagnóstico e a demora na emissão dos resultados, principalmente no que diz respeito às gestantes de alto risco. Além disso, a insuficiência de ações preventivas, relacionadas à atenção primária, contribui para os altos índices de gravidez na adolescência. Cabe ressaltar também que nesta região (7ª CRS) há um grande número de assentamentos de terra, o que torna a população menos assistida e mais vulnerável, demanda ações específicas para este grupo populacional.

Na 13ª CRS, a morbidade por leptospirose (IP saúde 0,00) ocupa a 4ª posição, o que pode estar relacionado à característica econômica da região, com base na cultura do tabaco, pois a armazenagem é feita em galpões que propiciam a presença de roedores. Como a seleção das folhas de fumo é feita manualmente, propicia o constante contato dos trabalhadores com a matéria prima contaminada pela urina do roedor, ocasionando a doença.

b) Com relação aos problemas na Gestão do SUS

As CRS, durante a oficina de trabalho realizada para a construção do Plano Estadual de Saúde, levantaram e analisaram importantes problemas na área de gestão, encaminhando também propostas fundamentais para a resolução dos mesmos. O quadro 5 apresenta as principais áreas que foram priorizadas na área de gestão.

Quadro 5 – Áreas prioritárias no processo de gestão, CRS/SES-RS, 2009

PROBLEMAS PRIORITÁRIOS DE GESTÃO DAS CRS
1. Deficiente descentralização das regionais.
2. Fragilidade na Política de Atenção Básica e de Promoção da Saúde.
3. Fragilidade na Regionalização/ Regulação/ Política de Acesso - PPI assistência e PDR.
4. Inexistência de Política de RH – Plano de Cargos, Carreiras e Salários.
5. Insuficiente Infra-estrutura e Apoio Técnico.
6. Necessidade de fortalecimento de Equipes de Vigilância em Saúde.
7. Insuficiência na Educação Continuada / Permanente.

Fonte: Oficinas de Trabalho, CRS, abril/2009

Um dos principais aspectos identificados refere-se à fragilidade do processo de descentralização política, administrativa e financeira do estado, tanto em nível macrorregional quanto no nível regional, com descaracterização do papel das coordenadorias, o que ocasiona dificuldades nos processos de regulação e gestão do setor

saúde. Há distanciamento entre as CRS e os municípios sob sua jurisdição que o trabalho junto aos COREGEs ainda não equacionou.

A insuficiência de recursos humanos qualificados, tanto em nível regional quanto nos municípios, acarretando um acúmulo de atividades para os servidores, prejudicando, por vezes, a qualidade do trabalho de orientação e supervisão aos municípios. A alta rotatividade das equipes e dos próprios gestores contribuem para a dificuldade na manutenção da continuidade dos trabalhos e ações planejadas, assim como a existência de inúmeros profissionais não comprometidos com o SUS e sem conhecimento das políticas públicas a serem implantadas.

O PCCS existente em nível estadual não atende às expectativas daqueles profissionais que têm dedicação exclusiva ao SUS, levando à desmotivação dos mesmos. Os baixos salários, a ausência de equiparação salarial, a não substituição de servidores que se aposentam tem ocasionado sobrecarga de trabalho, que colabora para a descontinuidade das ações. Em nível municipal, o problema se repete e amplia, com poucos funcionários estáveis (concursados) comprometidos com a continuidade das políticas de saúde. A dupla jornada na assistência e na gestão dos servidores municipais também se constitui em entrave à qualificação das ações.

As carências de profissionais comprometem as áreas de assistência farmacêutica, nutrição, serviço social e jurídico, informática, administrativa, além da expansão da ESF nos municípios. A não priorização das ações de vigilância em saúde pelos gestores se reflete no número insuficiente de integrantes das equipes de saúde, apesar do discurso de promoção, proteção e prevenção.

Somam-se a estes problemas dificuldades relativas a condições adequadas de trabalho: equipamentos insuficientes e sem manutenção oportuna (em especial na área de informática); veículos com problemas, sem manutenção preventiva, além da insuficiência de motoristas; diárias com valores defasados. Todos estes motivos dificultam as atividades dos servidores, em especial no apoio às ações nos municípios. A ausência de um processo de educação continuada para servidores estaduais e municipais, agrava a situação.

No que se refere, especificamente, às políticas públicas de saúde, evidenciou-se a falta de integração entre elas e a insuficiente articulação intersetorial, que dificultam o trabalho frente à diversidade de necessidades e demandas, principalmente considerando as

populações mais vulneráveis, e que se reflete na fragmentação das ações em nível municipal, inclusive na área de vigilância em saúde.

Também foi evidenciada a fragilidade das políticas de atenção básica e de promoção da saúde. Com relação à reorganização da assistência básica nos municípios, constata-se que o processo de implantação e expansão da ESF, após um crescimento importante, tem se dado de forma muito lenta devido à carência de profissionais com o perfil adequado, a problemas quanto à forma de contratação dos ACS e equipes do PSF, além das limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Estes fatores contribuem para a falta de acreditação para a implantação da ESF em algumas regiões. Muitas equipes em atividade carecem de condições de trabalho, em especial os ACS.

Outro grave problema é a não integração da ESF, em vários municípios, com as demais equipes de atenção básica em atividade, além da não vinculação com os demais aspectos da gestão do sistema municipal.

Observa-se dificuldades na oferta de atividades de promoção da saúde, como as relacionadas à captação precoce de gestantes, pré-natal, promoção do aleitamento materno exclusivo, acesso a serviços de atenção à saúde da mulher e do adolescente, em especial para prevenção da gravidez na adolescência.

A falta de programação de uma política de atenção básica eficaz e resolutiva acaba gerando grande demanda para a assistência de média e alta complexidade, fortalecendo o modelo hospitalocêntrico, apesar do discurso em relação à promoção, proteção e prevenção.

Constata-se que a assistência ambulatorial de média e alta complexidade apresenta inadequada resolutividade decorrente, entre outros fatores, da insuficiência de serviços, como exames laboratoriais de teto físico financeiro.

A não implementação da PPI da assistência e a falta, por vezes, de compromisso entre os municípios, dificulta o estabelecimento de fluxos efetivos de referência/contrarreferência, com garantia de acesso oportuno através da implantação de centrais de regulação, conforme o PDR, que necessita ser atualizado.

Há falta de referência em alguns procedimentos de média complexidade ambulatorial e hospitalar, como, por exemplo, nas áreas de otorrinolaringologia, traumatologia, neurologia, mastologia, cirurgias eletivas, cardiologia e saúde mental, bem como de alta complexidade em traumatologia, neurocirurgia, vascular e oncologia, o que dificulta o diagnóstico precoce e intervenção oportuna para a redução de danos. A não implementação

de Redes de Referência de Média e Alta Complexidade em algumas especialidades contribui para a diminuição da resolutividade e credibilidade da atenção básica: há dificuldades para o encaminhamento de pacientes e, quando este é alcançado, não se concretiza a contrarreferência que qualificaria o sistema.

Com relação à rede hospitalar, foi observado que a ociosidade de leitos nos hospitais de pequeno e médio porte (em torno de 50%) reflete a falta de resolutividade destes estabelecimentos, pela ausência de investimentos em infra-estrutura, aquisição de novas tecnologias e falta de profissionais. Constata-se também a falta de leitos em hospitais terciários, especialmente em Unidades de Terapia Neonatal.

A inexistência de hospitais regionais públicos em algumas macrorregiões também foi apontada como problema, assim como o acesso através do sistema de consórcios, que tem levado a distorções em algumas regionais: recursos da Atenção Básica são utilizados para compra de serviços privados ambulatoriais e hospitalares, com os municípios pagando por serviços que já estão contemplados no teto financeiro das CRS.

Também foram levantados problemas quanto à assistência farmacêutica no planejamento da logística de compras de medicação para evitar falta de medicamentos administrativos e no grande aumento de demandas judiciais. A falta de agilidade no atendimento tem contribuído para a não resolução dos problemas identificados.

Propostas das Coordenadorias Regionais de Saúde com relação aos Problemas de Saúde identificados e à Gestão do SUS

- Fortalecer o processo de descentralização política, administrativa e financeira das CRS, resgatando e redefinindo o papel das mesmas na regulação, controle, avaliação e auditoria do sistema e na gerência de ações que extrapolam a responsabilidade direta dos gestores municipais;

- implantar novo Plano de Carreira, Cargos e Salários, e ampliação do quadro de profissionais através de concurso público, tanto em nível estadual quanto municipal;

- implantar programa de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS e membros do controle social para qualificação do processo de gestão do sistema e do desenvolvimento de ações de saúde;
- implantar programa de manutenção preventiva da frota de veículos do estado;
- expandir o sistema Intranet aos municípios, bem como estimular a informatização dos mesmos;
- garantir assessoria técnica especializada para manutenção dos sistemas e equipamentos de informática;
- reconfigurar o papel das Coordenadorias Regionais de Saúde na área de vigilância em saúde, estabelecendo prioridades e recursos de acordo com as peculiaridades e necessidades de cada região;
- definir prioridades de ação de gestão regional, através dos Colegiados de Gestão Regional - COGEREs, e dos Conselhos Regionais e Municipais de Saúde, instâncias de controle social do SUS;
- fortalecer os Colegiados de Gestão Regional - COGEREs através da desburocratização da utilização dos recursos financeiros para manutenção desta instância gestora do SUS;
- ampliar, fortalecer e regulamentar as redes especializadas de média e alta complexidade, promovendo a integralidade do acesso;
- implantar a Programação Pactuada e Integrada da assistência;
- atualizar o Plano Diretor de Regionalização;

- fortalecer a Política de Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família, bem como o processo de educação permanente quanto aos conceitos e práticas desse paradigma;
- garantir a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família;
- incentivar o desenvolvimento de ações intersetoriais, com a criação de espaços permanentes de educação em saúde nas escolas e comunidade, através do planejamento de ações conjuntas com setores afins das prefeituras, em especial na área de vigilância em saúde;
- desenvolver planos integrados de vigilância e atenção em saúde com os países da fronteira, definindo diretrizes e estratégias de ação;
- fortalecer os grupos de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS para qualificar o assessoramento aos municípios a partir dos indicadores selecionados e metas pactuadas, de forma integrada com as políticas de saúde, aperfeiçoando o planejamento das ações de forma descentralizada e ascendente, e acompanhando a aplicação dos recursos financeiros através da análise dos planos de saúde e relatórios de gestão municipal;
- estabelecer, no mínimo, um hospital regional público, seja ele municipal ou filantrópico contratado e fiscalizado pelos gestores estadual e municipal (o que, conforme a Lei 8080/1990, garante o caráter "público" do serviço prestado à população, ou seja, segundo os princípios e diretrizes do SUS), que seja referência para diferentes especialidades em cada uma das Macrorregiões de Saúde, conforme a estratégia da Regionalização definida pelo Pacto pela Gestão;
- repactuar as relações entre as Coordenadorias Regionais de Saúde e os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, frente aos prestadores de serviços;

- discutir e implantar o Código Estadual de Saúde;
- estimular a participação de hemocentros e laboratórios como fontes de notificação das hepatites;
- aperfeiçoar a política de assistência aos portadores crônicos de hepatites, através de serviços especializados incluídos na programação;
- estimular a criação de serviços de pronto-atendimento na macrorregional Serra;
- estabelecer integração ensino-serviço entre Escola de Saúde Pública/Centro Integrado de Estudos em Saúde, as políticas de saúde (gestão estadual, regional e municipal, e universidades), para qualificar o processo de educação permanente dos trabalhadores das Coordenadorias Regionais de Saúde;

VII GUIA PARA ORIENTAR GESTORES E TRABALHADORES DO SUS QUANTO À SITUAÇÃO DE SAÚDE EM NÍVEL REGIONAL NO RIO GRANDE DO SUL

Este capítulo representa um esforço que permite a identificação de indicadores a serem priorizados, assumindo que as ações de saúde e os recursos do SUS devam ser espacialmente direcionados de forma equânime. O esforço aqui apresentado através do geoprocessamento dos dados quantitativos de um conjunto de indicadores de saúde assume como nível de análise as regiões de saúde administrativamente estabelecidas pela Secretaria Estadual da Saúde: as Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS. O guia é apresentado sob a forma de mapas, que foram pintados nas cores verde, amarela e vermelha, o que indica, respectivamente, uma escala que varia da menor a maior necessidade de prioridade, apesar de não significar o abandono do esforço que já vem sendo dispensado para manter o bom nível de qualidade do indicador, sinalizado em cor verde.

A análise da situação de saúde apresentada nos capítulos III e IV, denominados “Análise Situacional de Saúde” e “Gestão do SUS”, respectivamente, apresenta, através de indicadores epidemiológicos e análises qualitativas, as condições de saúde da população no Rio Grande do Sul. As análises decorrentes são úteis à tomada de decisão com relação às políticas de saúde e estratégias de organização da atenção, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços prestados à população, mas não permitem, de forma simples, posicionar o desempenho de uma determinada região em relação às demais, o que permitiria identificar dimensões importantes a serem priorizadas para a melhoria da saúde da população em todo o território gaúcho.

A dificuldade de olhar para um conjunto de indicadores que expressa múltiplas dimensões da saúde de uma população ocorre pelo fato de os indicadores serem calculados em escalas de medidas distintas. Assim, este capítulo apresenta uma forma útil e simples de caracterizar o desempenho de um conjunto de indicadores, através da utilização de um índice de priorização denominado IPSaúde. Esse índice foi construído conforme descrito no anexo 1 deste documento ao longo da construção do PES, tendo em vista constituir-se elemento novo e útil para orientar os gestores estadual e municipais quanto à escolha de ações e estratégias prioritárias, que permite inclusive direcionar a aplicação dos recursos financeiros em saúde.

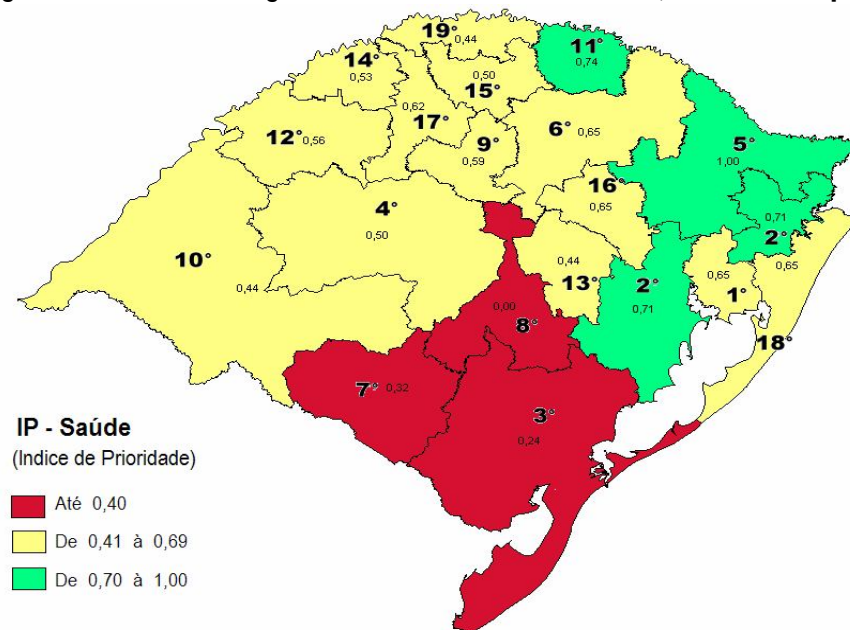
Assim, com o IPSaúde, inaugura-se a possibilidade a ser levada em consideração, com o decorrer do tempo e através de estudos mais aprofundados, os condicionantes de determinantes que diferencial qualitativamente aos indicadores por regionais de saúde. Entende-se que este guia pode ser de grande utilidade aos municípios para a construção dos planos de saúde, principalmente quando da priorização dos objetivos, diretrizes e metas.

Com relação à gestão estadual, ele permite, ao longo do tempo, qualificar ainda mais a distribuição equitativa entre as regiões de saúde quanto aos recursos físicos, humanos e financeiros necessários para melhoria da qualidade e do acesso da população ao SUS. Desta forma, compreende-se que a utilização de um índice de priorização recentemente criado, embora simples e fácil, ainda não faz parte da rotina cotidiana dos gestores e trabalhadores, o que demandará, num futuro próximo, investimentos em planejamento e na capacitação de servidores, através de ações sistemáticas que priorizem as peculiaridades de cada setor/departamento para a sua implementação efetiva.

Administrativamente, as 19 CRS são iguais e possuem a mesma legitimidade para demandar recursos; porém, as mesmas possuem características populacionais, sociais, econômicas e situações de saúde distintas. Neste sentido, é importante identificar quais as principais dificuldades de saúde nas dezenove CRS, de modo a particularizar: a) aquelas que apresentam um desempenho abaixo das demais; b) o direcionamento de esforços de atenção à saúde; c) a tomada de decisão pelos gestores regionais; d) a priorização na alocação de recursos pelo gestor Estadual; e, e) o fortalecimento da gestão municipal.

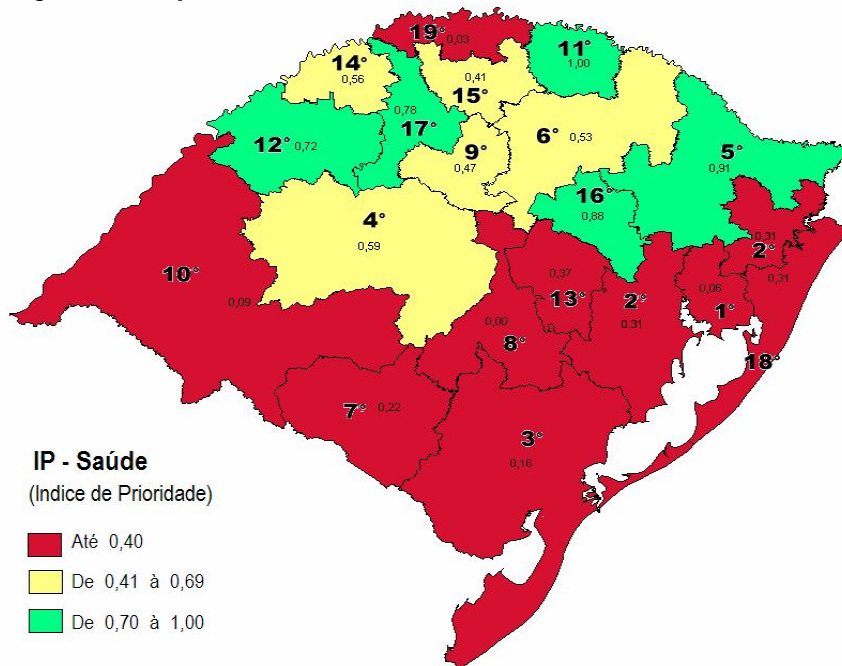
1 GEOPROCESSAMENTO DOS INDICADORES DE SAÚDE, DE ACORDO COM O ÍNDICE DE PRIORIZAÇÃO EM SAÚDE (IPSaúde)

Figura 48 - Coeficiente geral de mortalidade, RS, 2007 (n° de óbitos, por 1.000 habitantes).



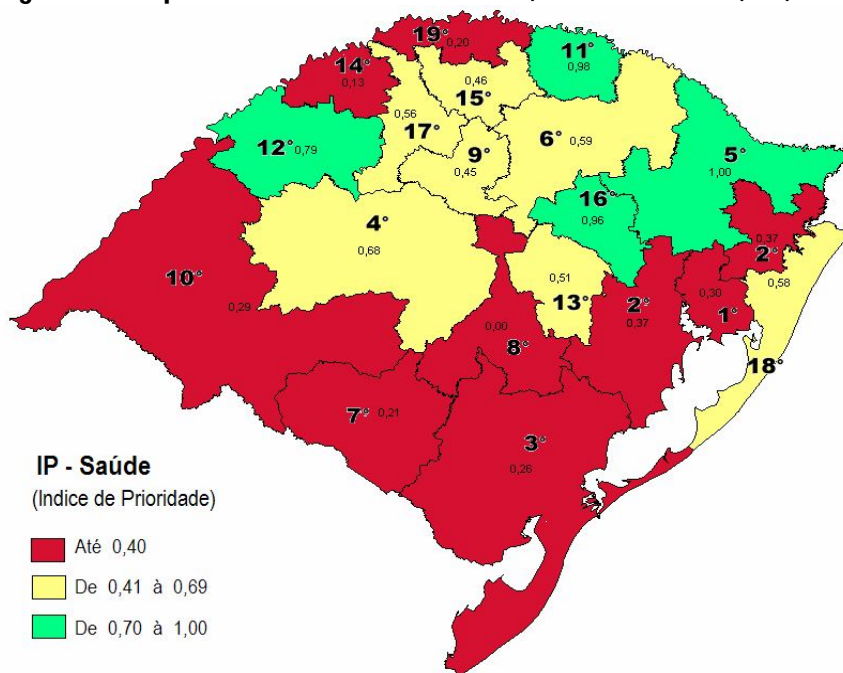
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 49 - Expectativa de vida ao nascer, ambos os sexos, RS, 2005/2007 (em anos).



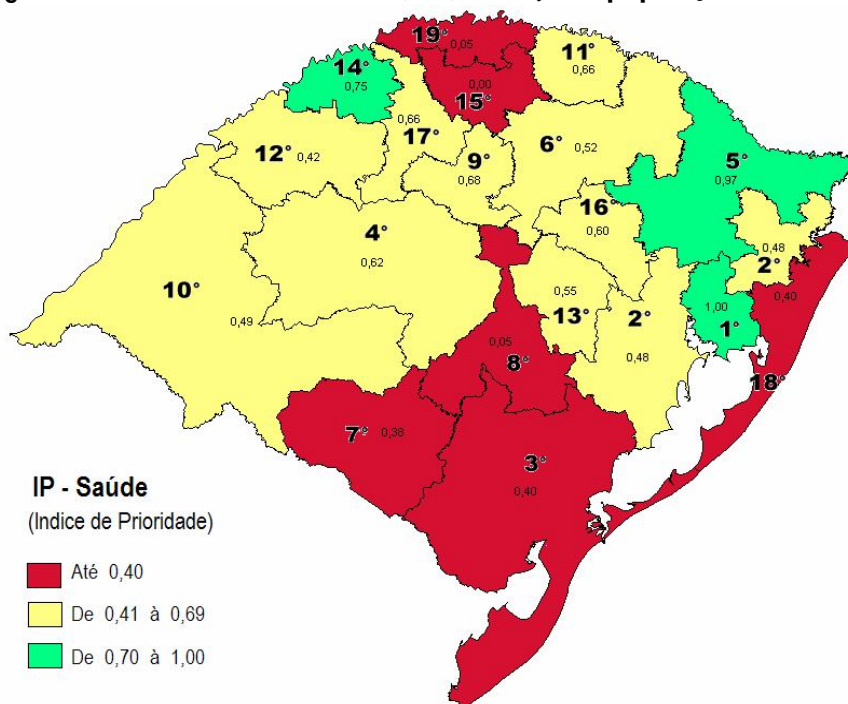
Fonte: IBGE; SIM/SES-RS

Figura 50 - Expectativa de vida aos 60 anos, ambos os sexos, RS, 2005/2007 (em anos).



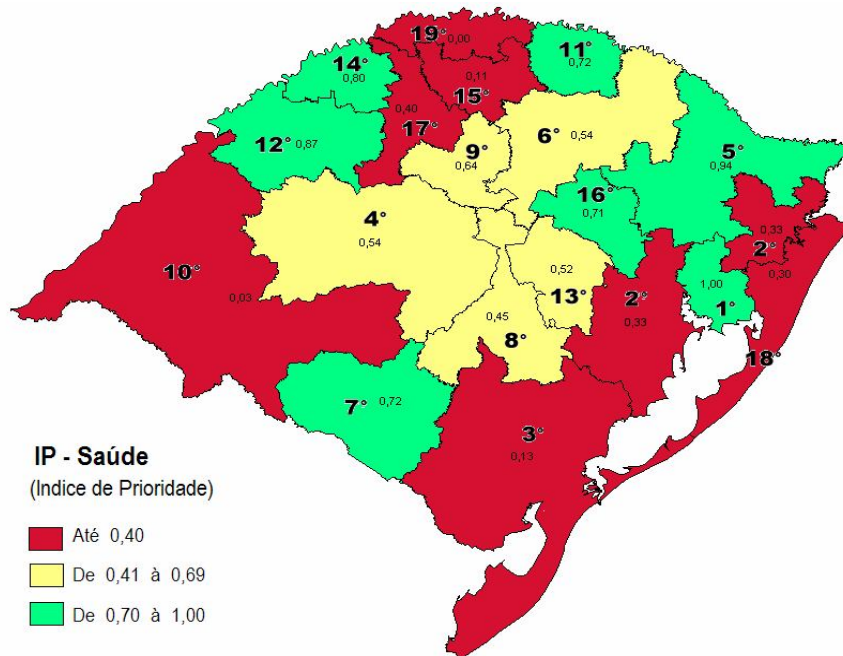
Fonte: IBGE; SIM/SES-RS

Figura 51 - Taxa de analfabetismo, RS, 2000 (% na população de 15 e mais anos de idade).



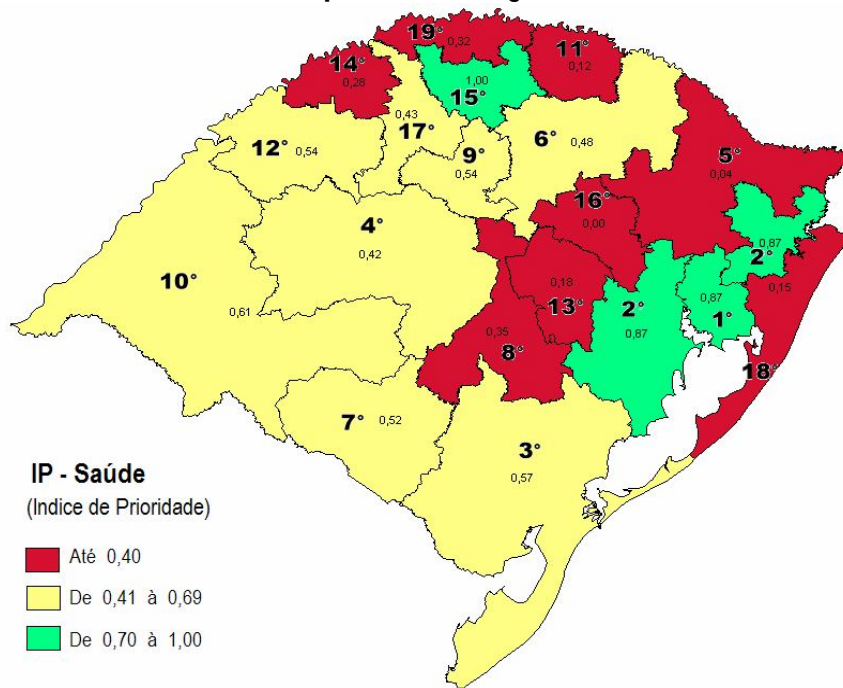
Fonte: IBGE

Figura 52 - Escolaridade inferior a 4 anos de estudo, RS, 2000 (% na população de 10 e mais anos de idade).



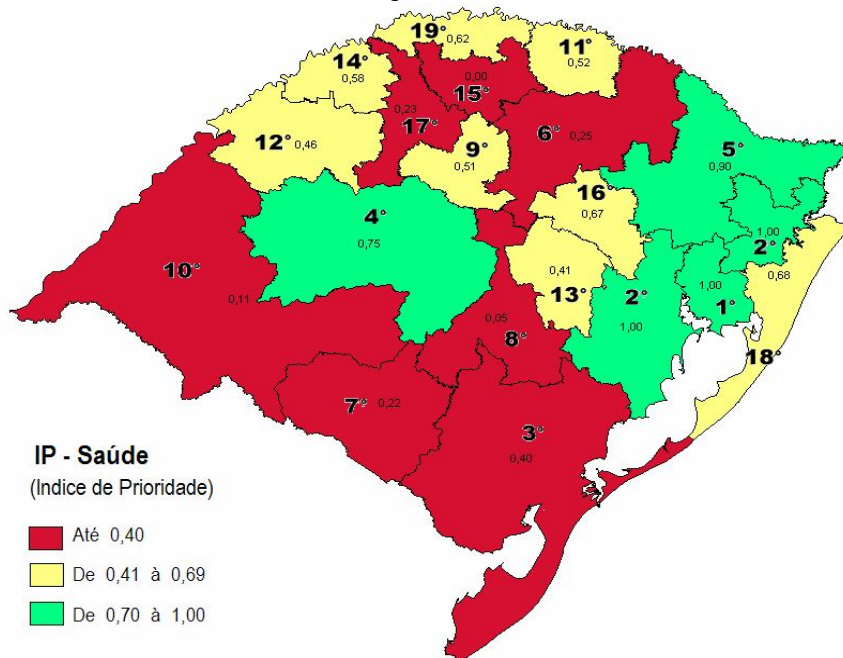
Fonte: IBGE

Figura 53 - Razão entre a renda média dos 20% mais ricos e a dos 40% mais pobres, por município-sede da Regional de Saúde, RS, 2000.



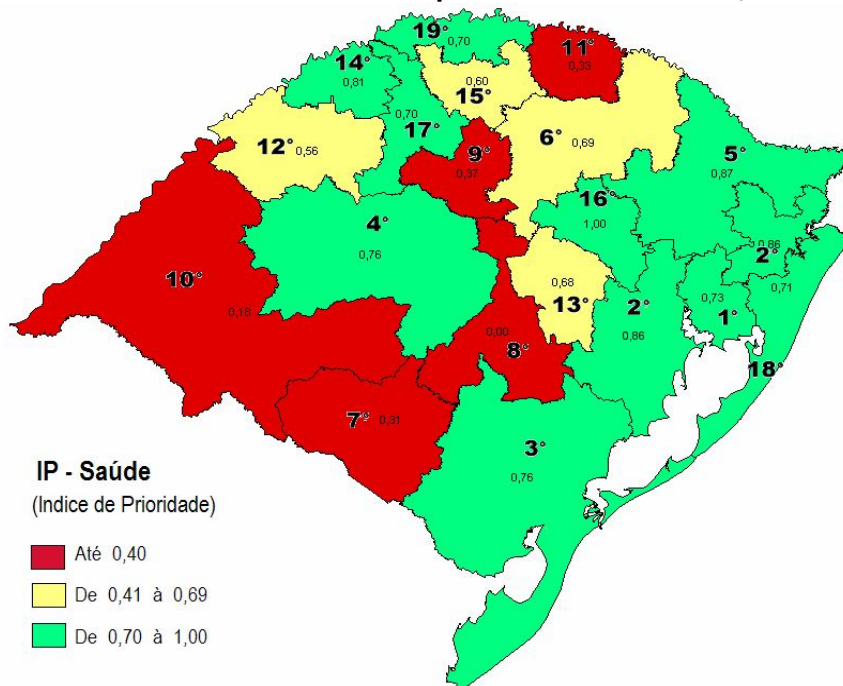
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil

Figura 54 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) por município-sede da Regional de Saúde, RS, 2000.



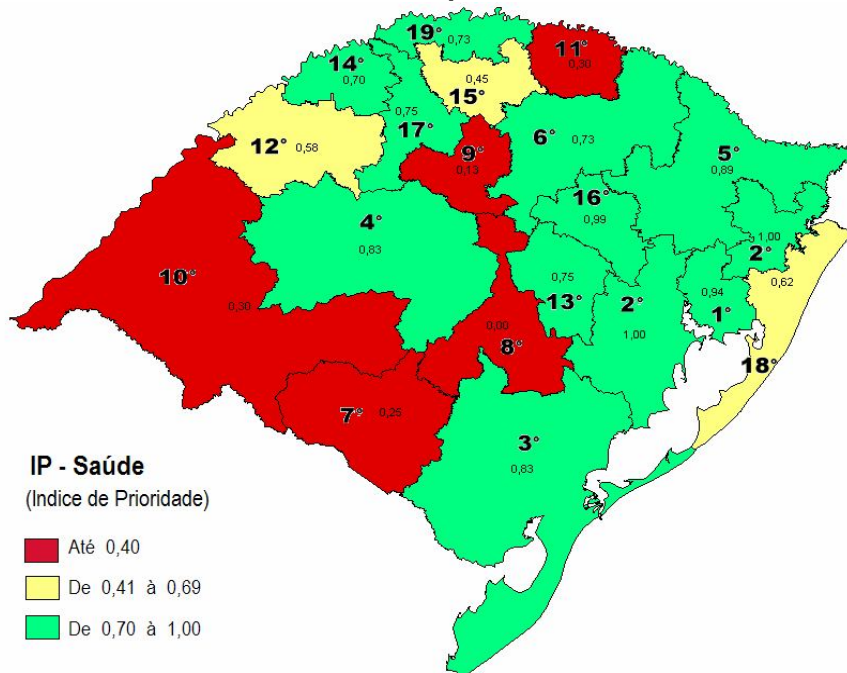
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil

Figura 55 - Coeficiente de mortalidade infantil, RS, 2007 (nº de óbitos com menos de 1 ano de idade, por 1.000 nascidos vivos).



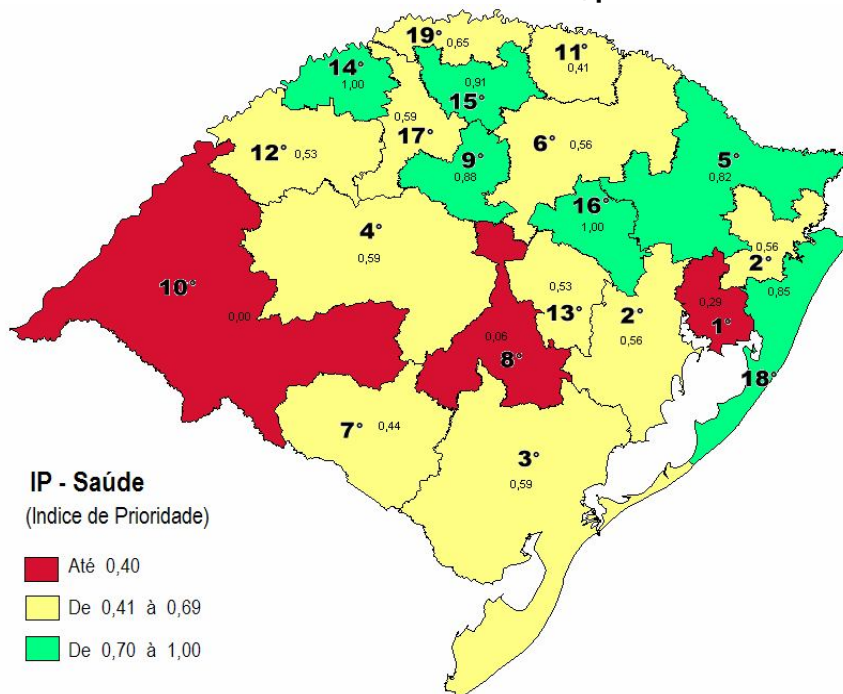
Fonte: SIM/SINASC/SES-RS

Figura 56 - Coeficiente de mortalidade infantil neonatal, RS, 2007 (nº de óbitos, na idade de 0 a 27 dias, por 1.000 nascidos vivos).



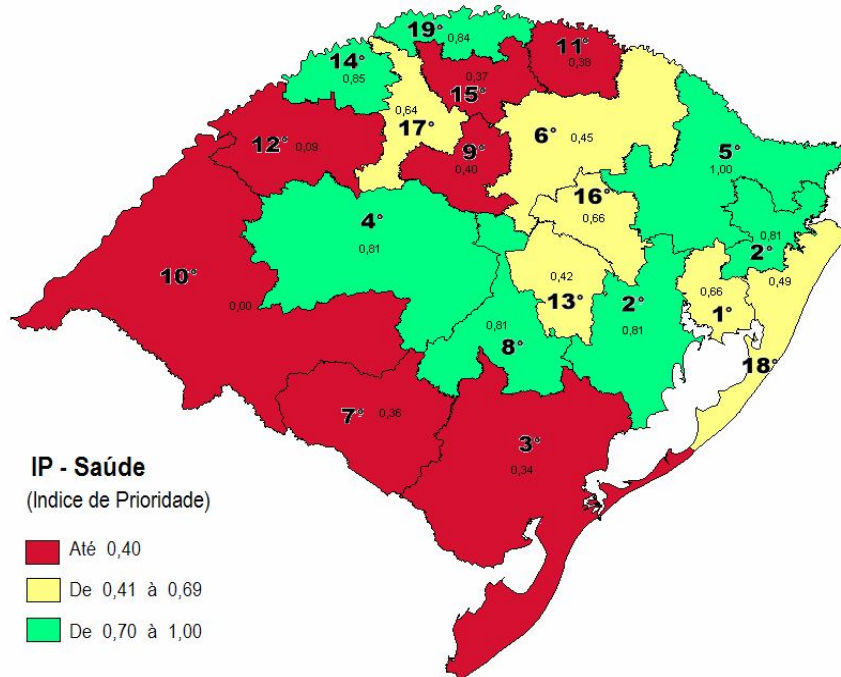
Fonte: SIM/SINASC/SES-RS

Figura 57 - Coeficiente de mortalidade infantil pós-neonatal, RS, 2007 (nº de óbitos, na idade de 28 dias a menor de 1 ano, por 1.000 nascidos vivos).



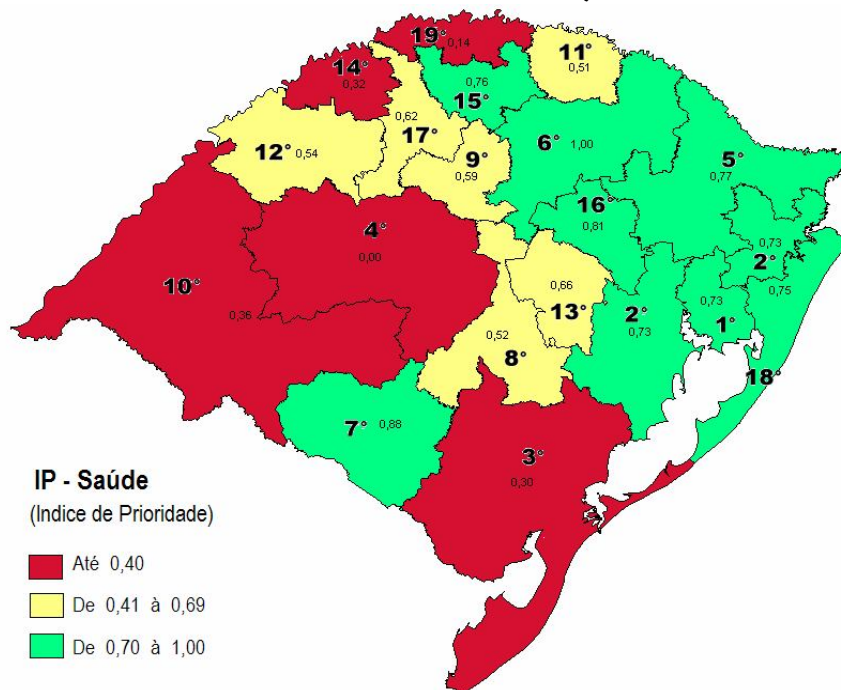
Fonte: SIM/SINASC/SES-RS

Figura 58 - Coeficiente médio de mortalidade materna, RS, 2003-2007 (nº de óbitos, por causas e condições maternas, por 100.000 nascidos vivos).



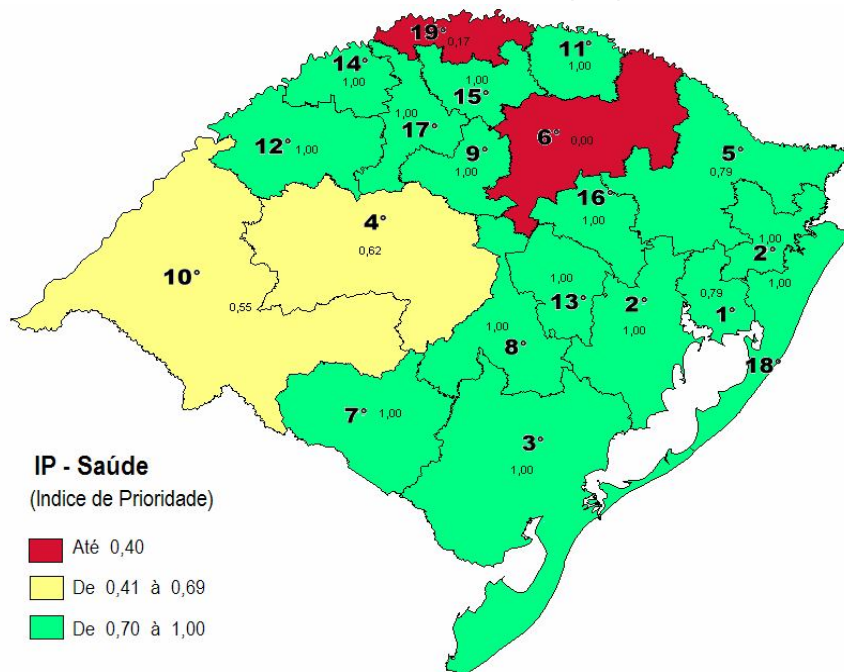
Fonte: SIM/SINASC/SES-RS

Figura 59 - Mortalidade proporcional por grupos de causas mal definidas, 2007 (% do total de óbitos).



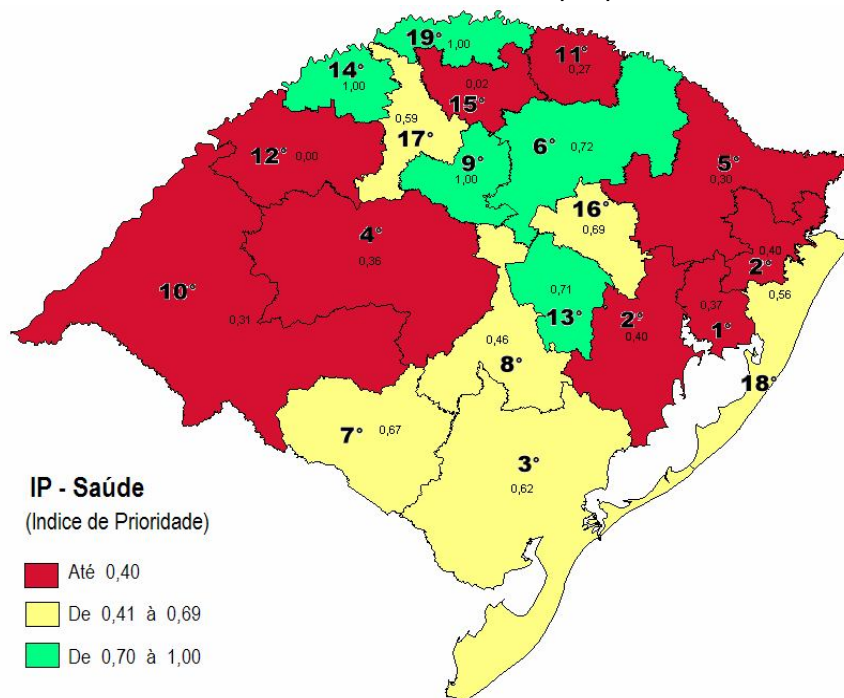
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 60 - Mortalidade proporcional por doenças infecciosas e intestinais em menores de 5 anos de idade, RS, 2007.



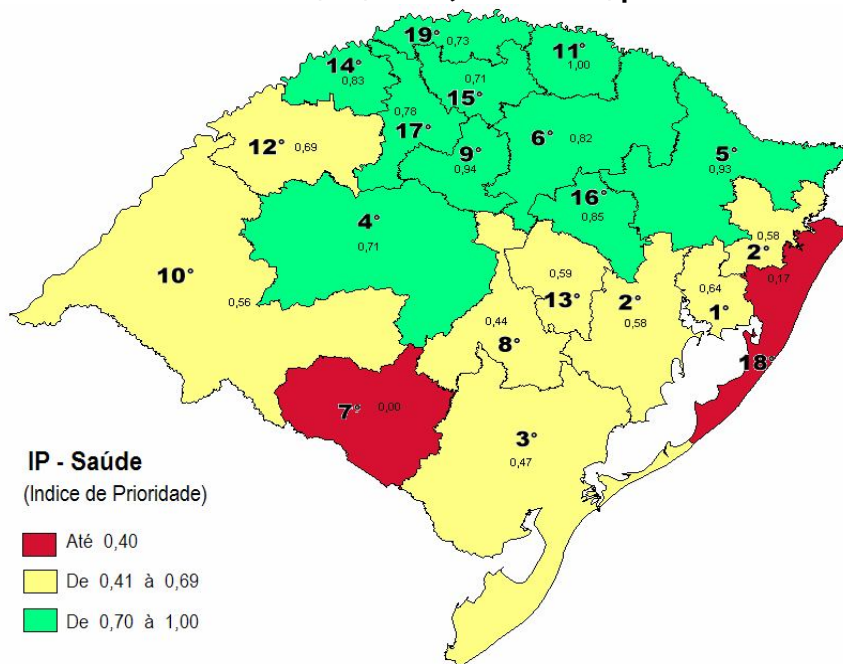
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 61 - Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade, RS, 2007.



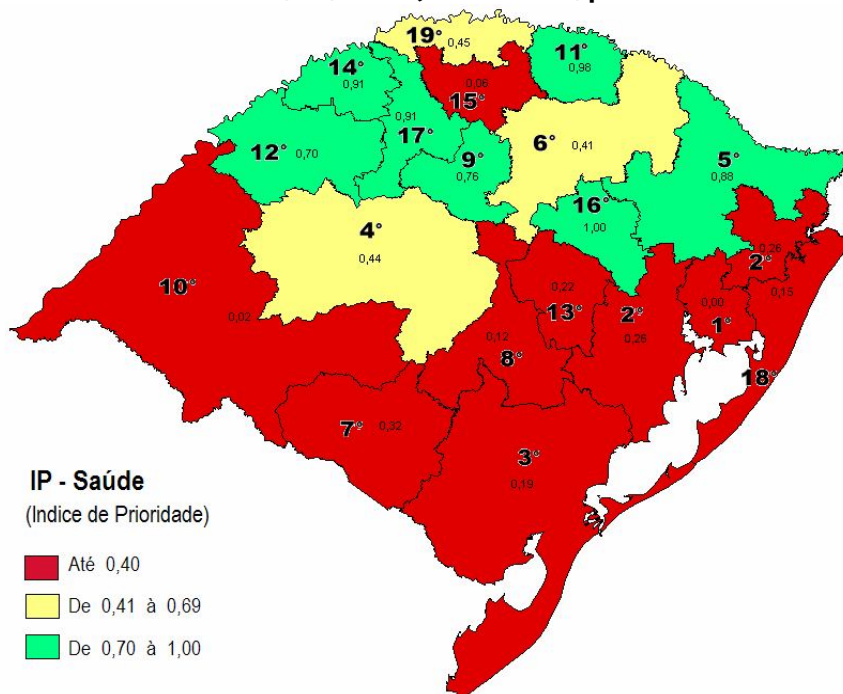
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 62 - Coeficiente de mortalidade por doenças isquêmicas do coração, entre 30 e 59 anos de idade, RS, 2007 (nº de óbitos, por 100.000 habitantes).



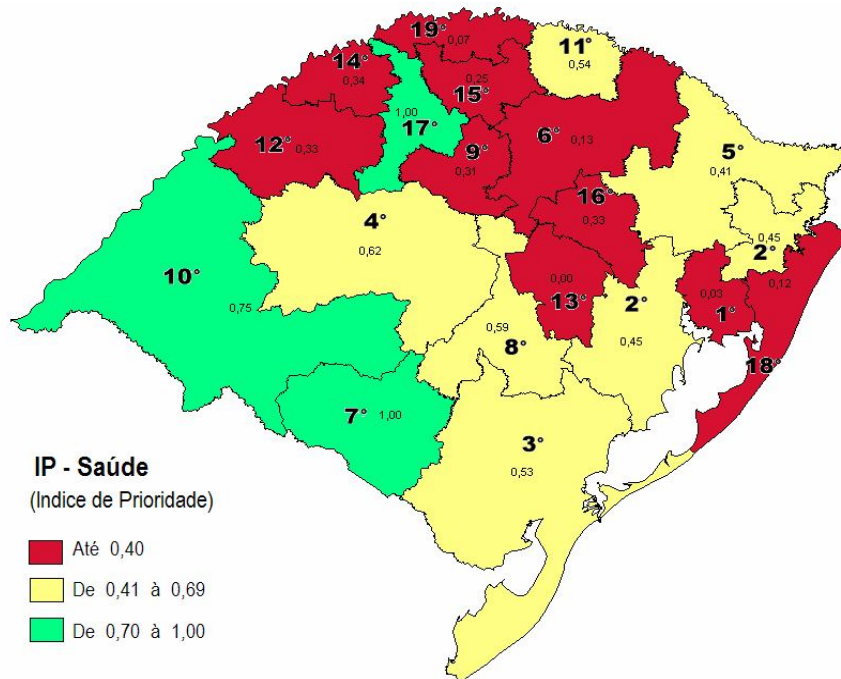
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 63 - Coeficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares, entre 30 e 59 anos de idade, RS, 2007 (nº de óbitos, por 100.000 habitantes).



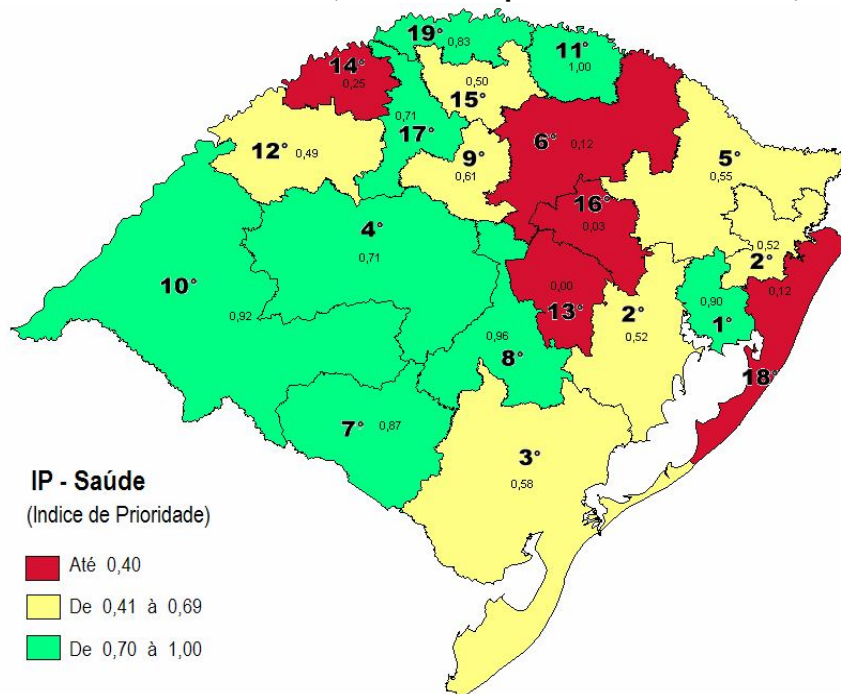
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 64 - Coeficiente de mortalidade por causas externas, RS, 2007 (nº de óbitos, por 100.000 habitantes).



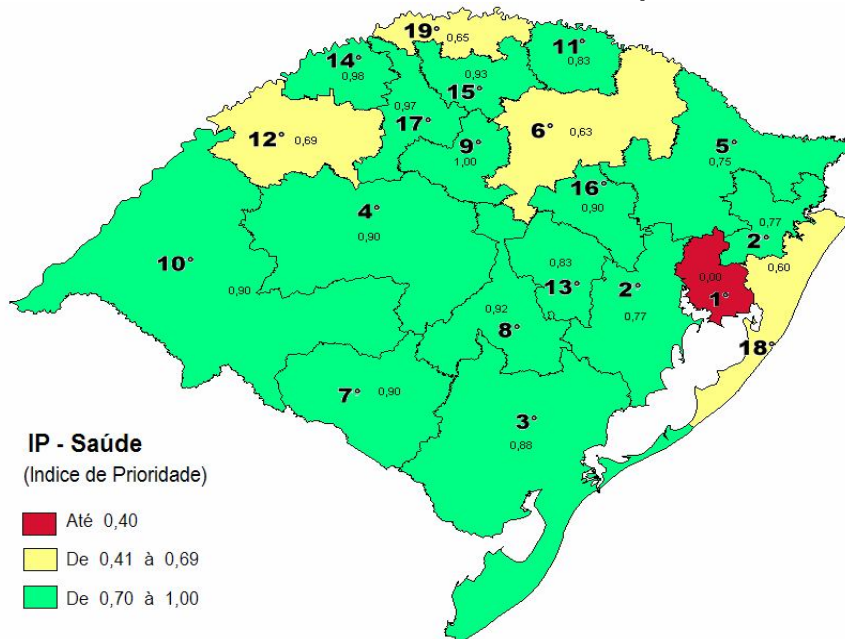
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 65 - Coeficiente de mortalidade por causas externas: acidentes de transporte, RS, 2007 (nº de óbitos, por 100.000 habitantes).



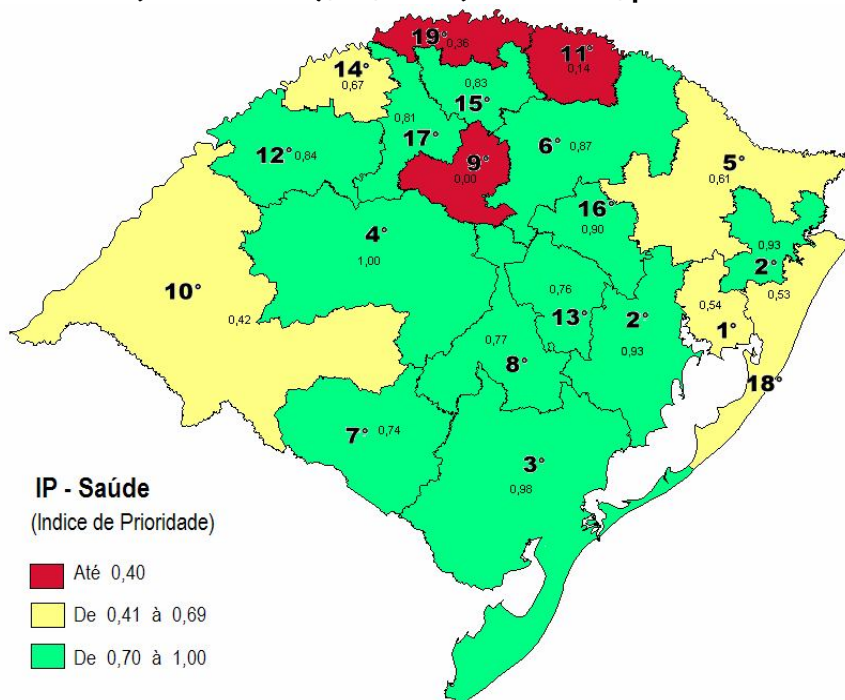
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 66 - Coeficiente de mortalidade por causas externas: homicídios por ocorrência (sexo masculino), RS, 2007 (nº de óbitos, por 100.000 habitantes).



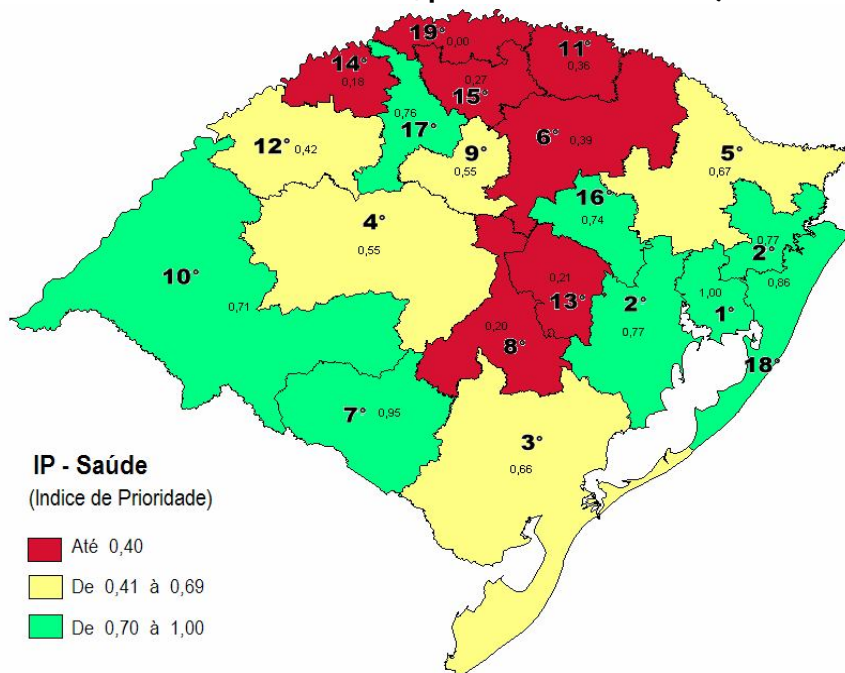
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 67 - Coeficiente de mortalidade por causas externas: Homicídios por ocorrência (sexo feminino), RS, 2007 (nº de óbitos, por 100.000 habitantes).



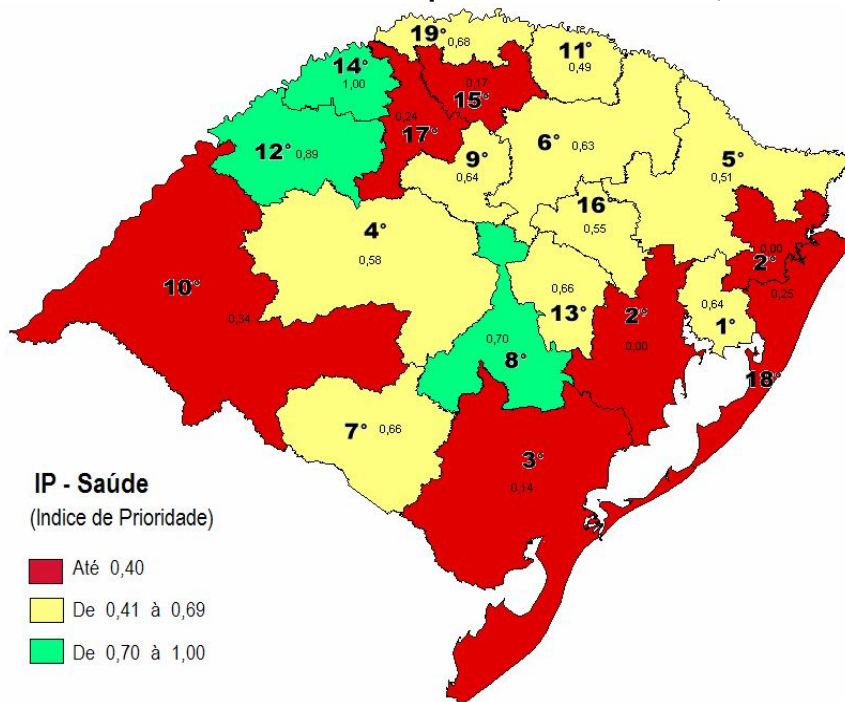
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 68 - Coeficiente de mortalidade por causas externas: suicídios, RS, 2007 (nº de óbitos, por 100.000 habitantes).



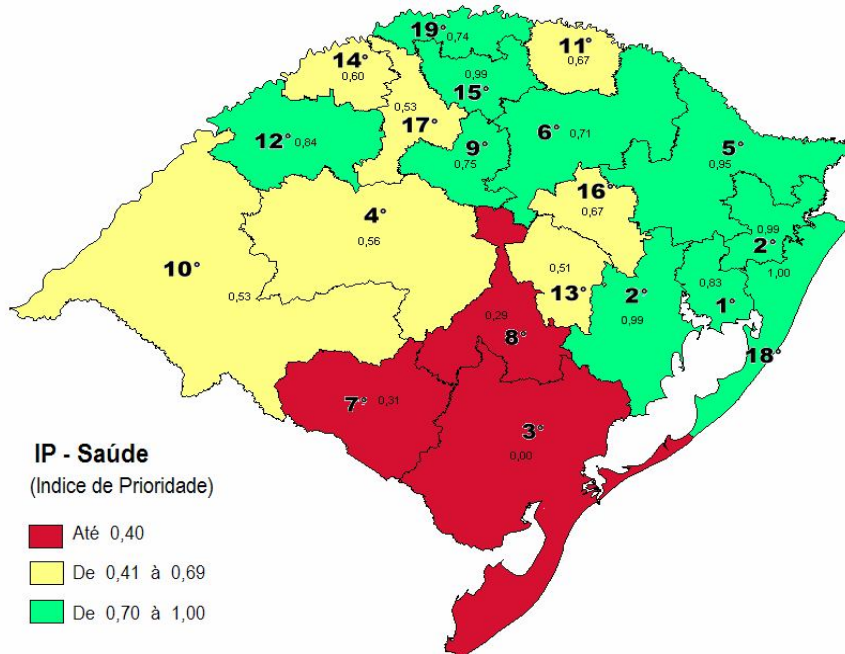
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 69 - Coeficiente de mortalidade por causas externas: Afogamento, RS, 2007 (nº de óbitos, por 100.000 habitantes).



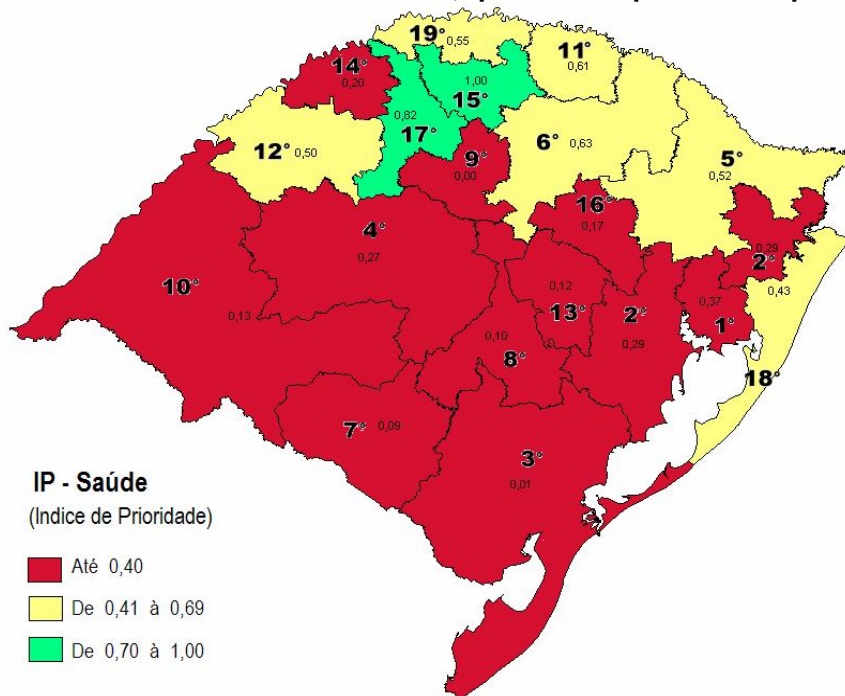
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 70 - Coeficiente de mortalidade por neoplasias malignas, RS, 2007 (nº de óbitos, por 100.000 habitantes).



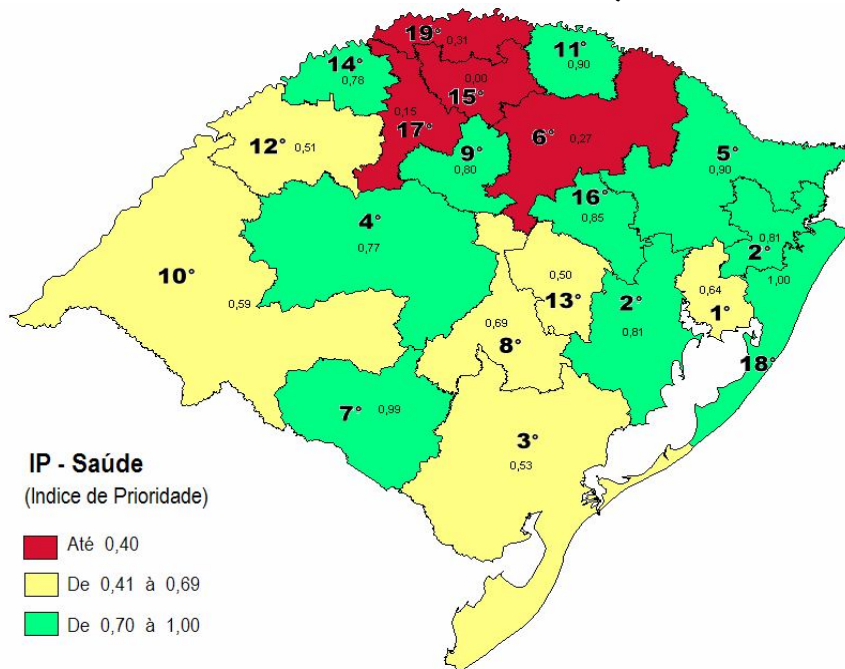
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 71 - Coeficiente de mortalidade por neoplasias malignas, RS, 2007 (nº. de óbitos, por 100.000 habitantes): pulmão, traqueia e brônquios.



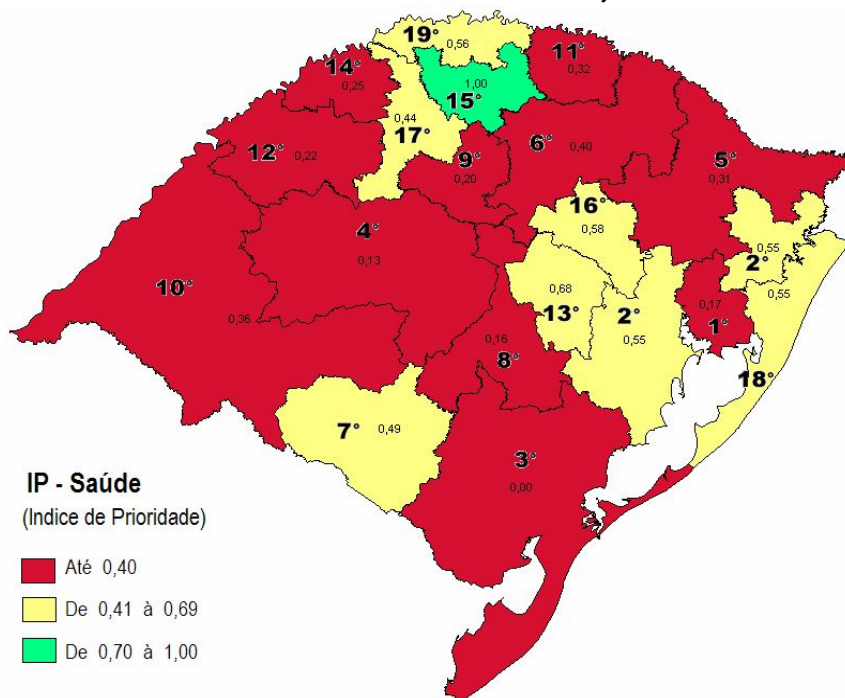
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 72 - Coeficiente de mortalidade por neoplasias malignas, RS, 2007 (nº de óbitos, por 100.000 habitantes mulheres): colo do útero.



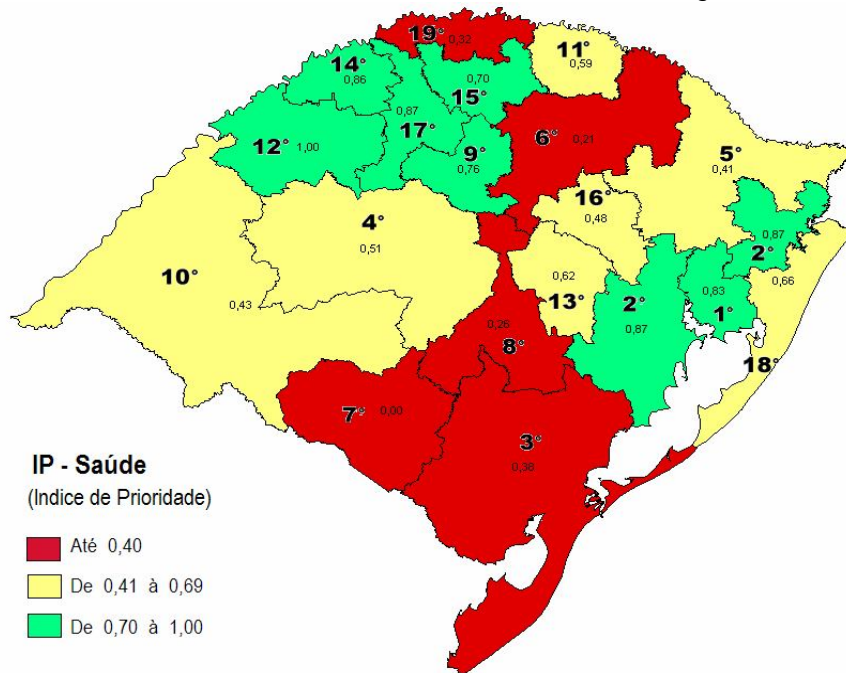
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 73 - Coeficiente de mortalidade por neoplasias malignas, RS, 2007 (nº de óbitos, por 100.000 habitantes mulheres): Mama feminina.



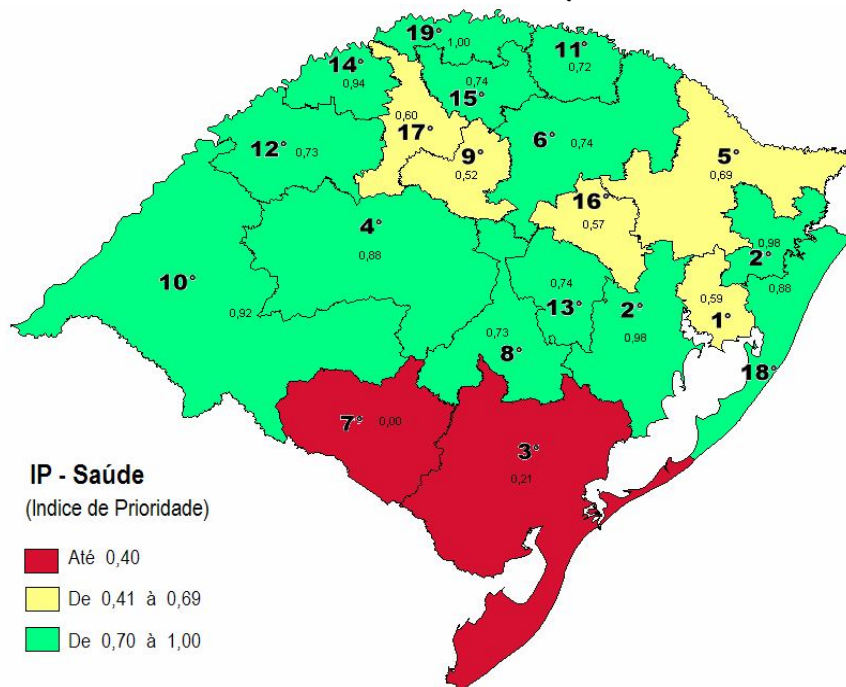
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 74 - Coeficiente de mortalidade por neoplasias malignas, RS, 2007 (nº de óbitos, por 100.000 habitantes): Estômago.



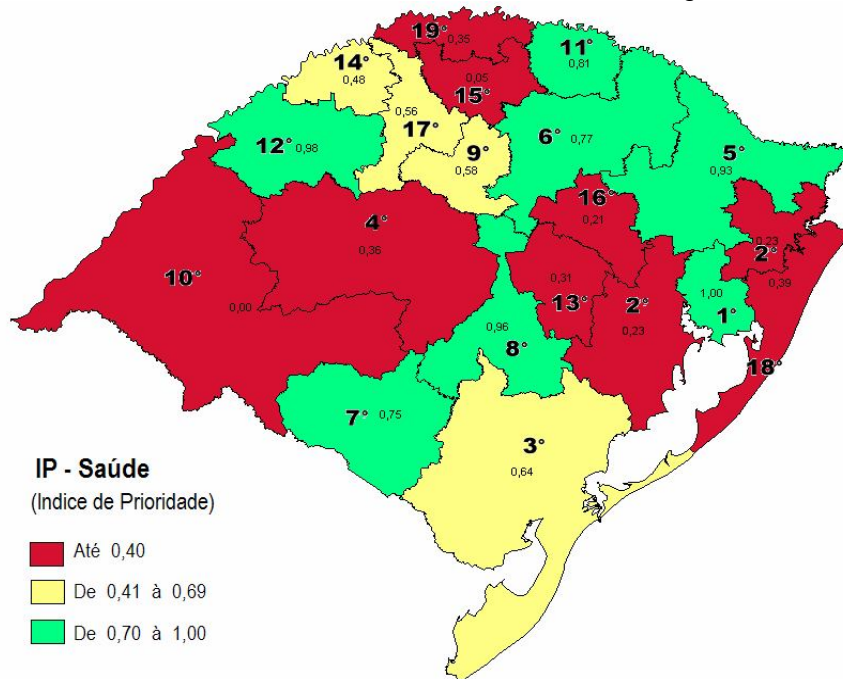
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 75 - Coeficiente de mortalidade por neoplasias malignas, RS, 2007 (nº de óbitos, por 100.000 habitantes): Cólon/Reto.



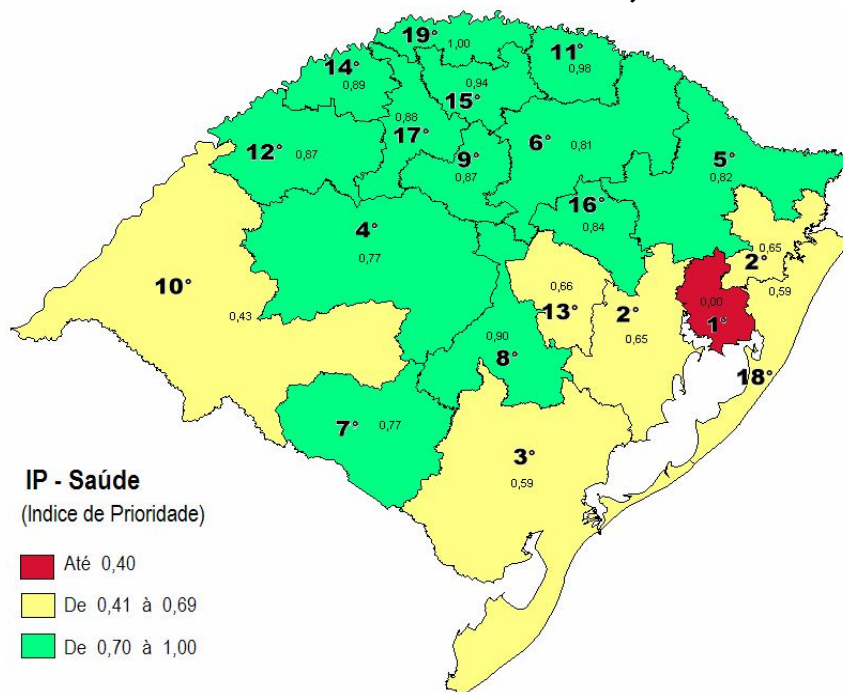
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 76 - Coeficiente de mortalidade por neoplasias malignas, RS, 2007 (nº de óbitos, por 100.000 habitantes): Esôfago.



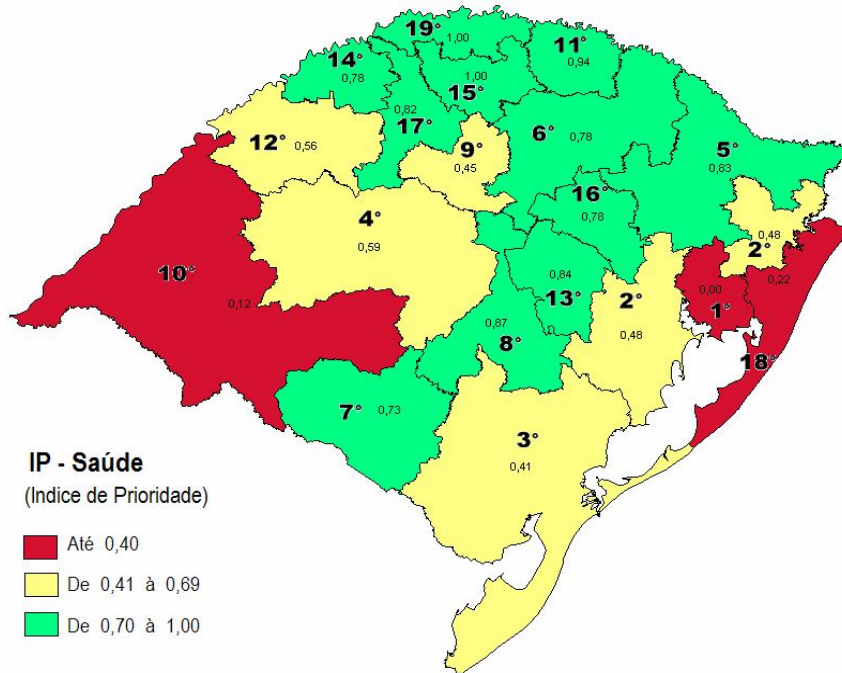
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 77 - Coeficiente de mortalidade por AIDS masculino, RS, 2007 (nº de óbitos, por 100.000 homens).



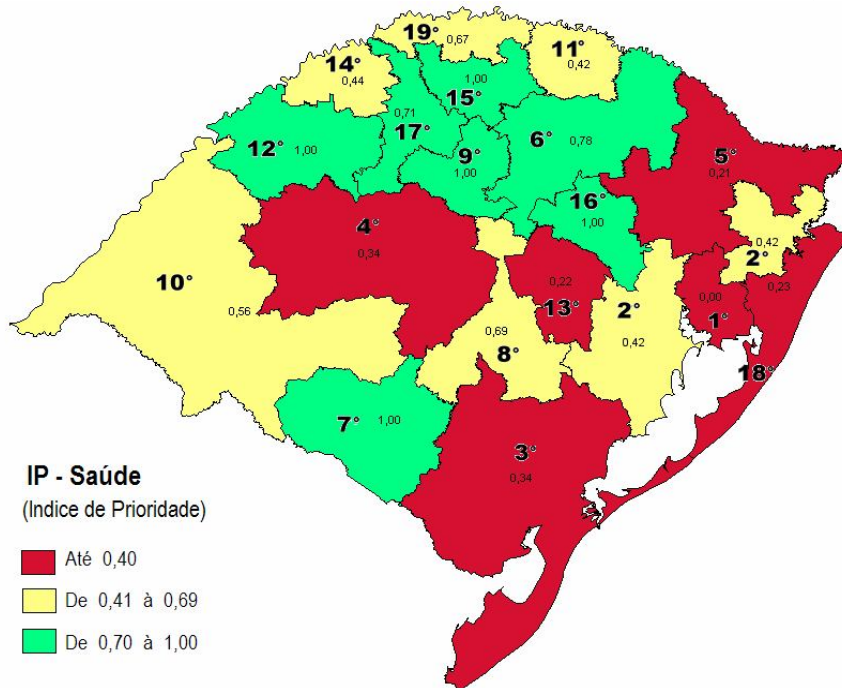
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 78 - Coeficiente de mortalidade por AIDS feminino, RS, 2007 (nº de óbitos, por 100.000 mulheres).



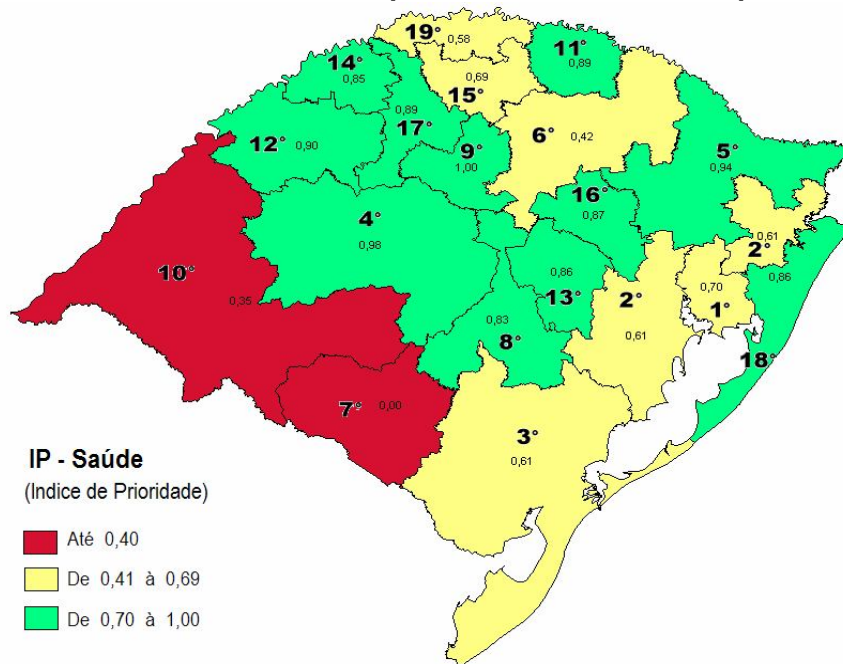
Fonte: SIM/SES-RS

Figura 79 - Taxa de incidência de doenças transmissíveis, RS, 2006 (nº de casos novos confirmados por 100.000 habitantes): Doença meningocócica.



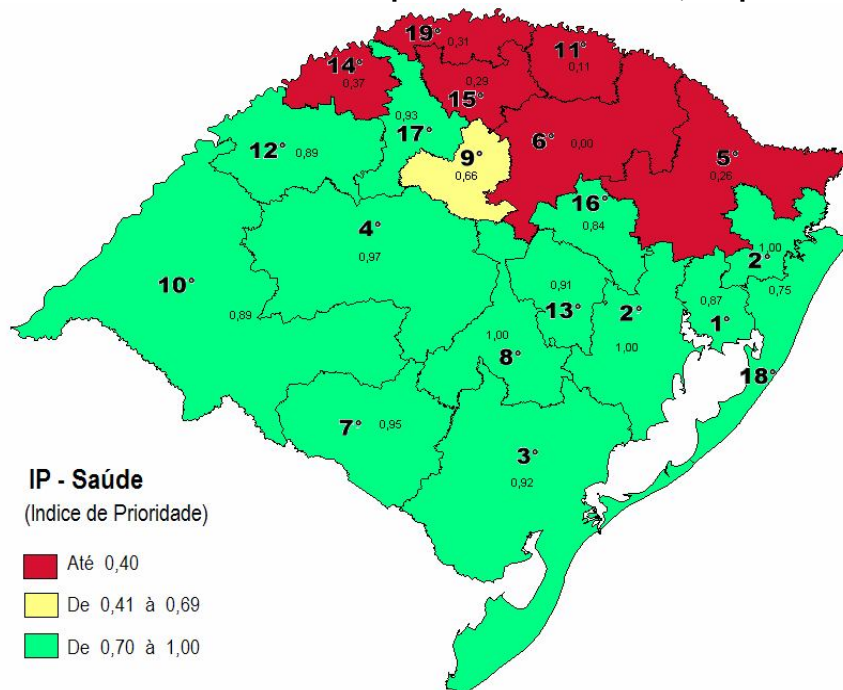
Fonte: SINAN/SES-RS

Figura 80 - Taxa de incidência de doenças transmissíveis, RS, 2006 (nº de casos novos confirmados por 100.000 habitantes): Hepatite A.



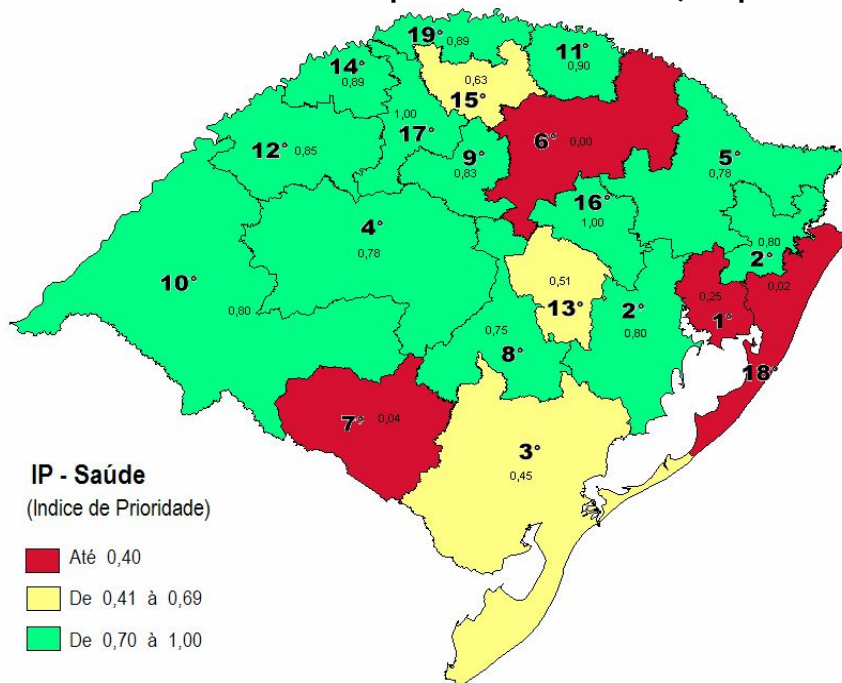
Fonte: SINAN/SES-RS

Figura 81 - Taxa de incidência de doenças transmissíveis, RS, 2006 (nº de casos novos confirmados por 100.000 habitantes): Hepatite B.



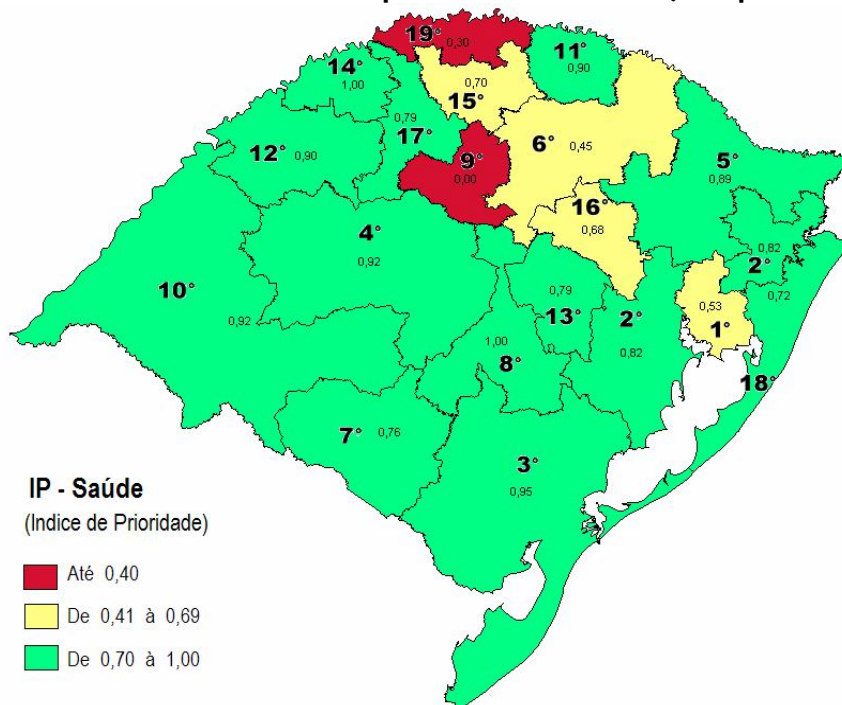
Fonte: SINAN/SES-RS

Figura 82 - Taxa de incidência de doenças transmissíveis, RS, 2006 (nº de casos novos confirmados por 100.000 habitantes): Hepatite C.



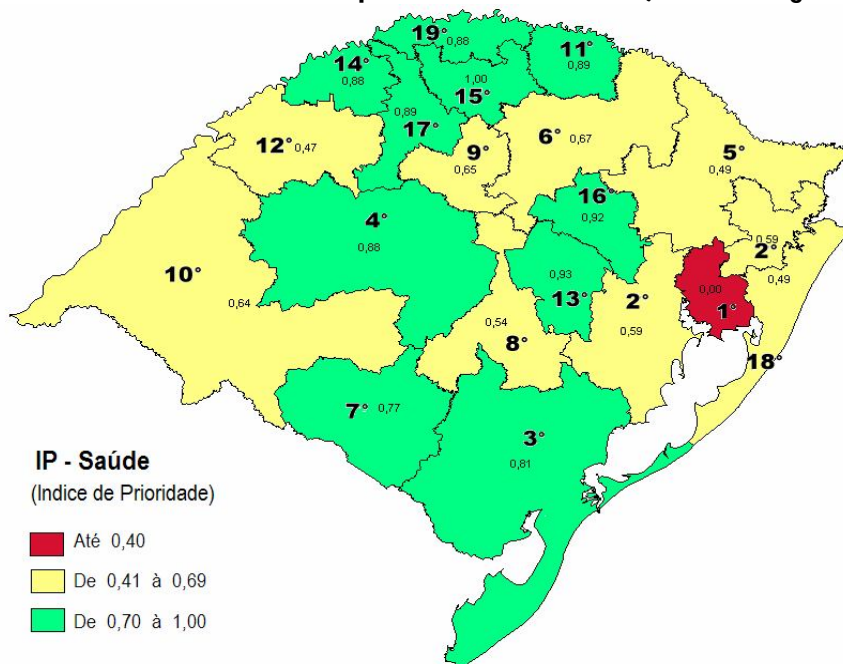
Fonte: SINAN/SES-RS

Figura 83 - Taxa de incidência de doenças transmissíveis, RS, 2006 (nº de casos novos confirmados por 100.000 habitantes): Coqueluche.



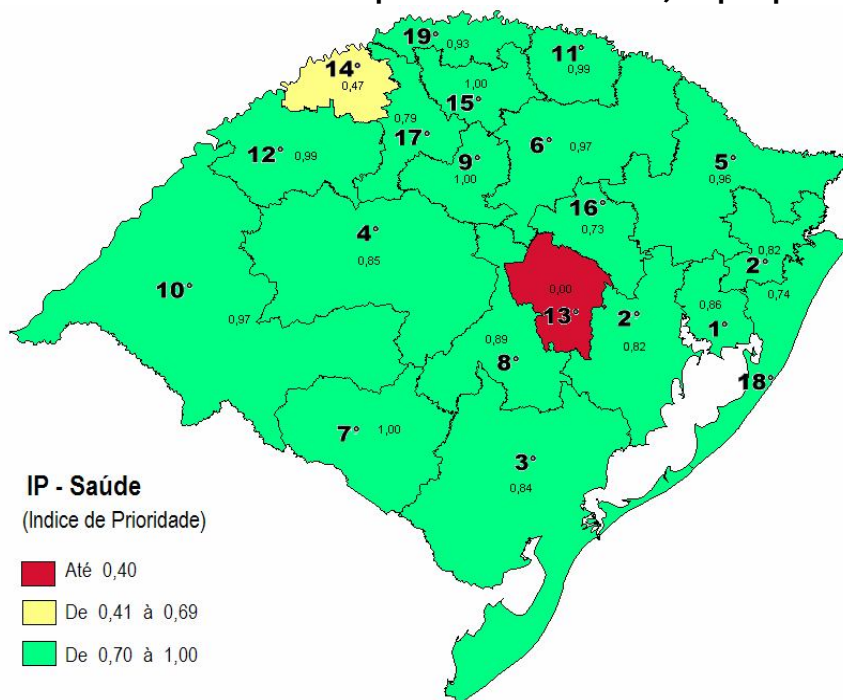
Fonte: SINAN/SES-RS

Figura 84 - Taxa de incidência de doenças transmissíveis, RS, 2006 (nº de casos novos confirmados por 100.000 habitantes): Sífilis congênita.



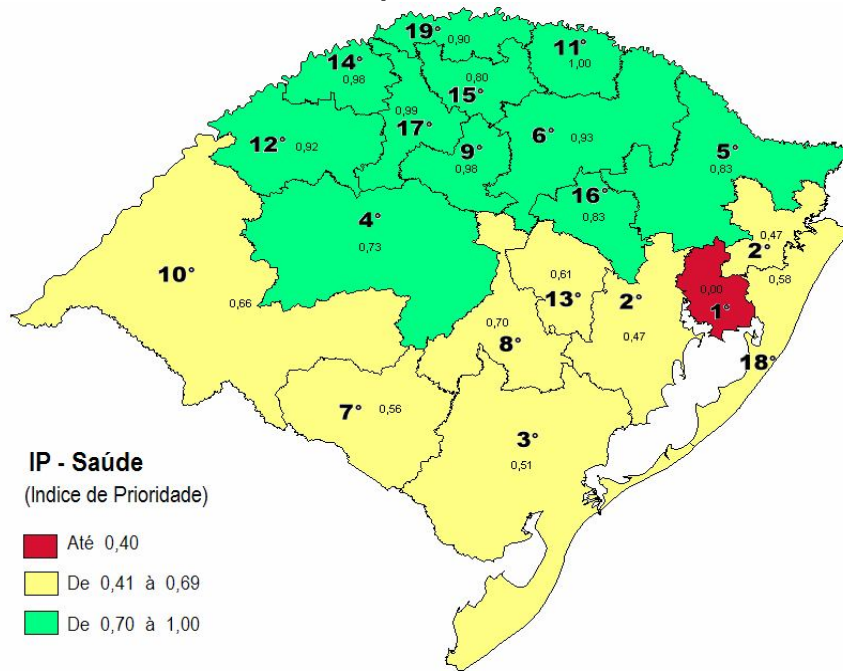
Fonte: SINAN/SES-RS

Figura 85 - Taxa de incidência de doenças transmissíveis, RS, 2006 (nº de casos novos confirmados por 100.000 habitantes): Leptospirose.



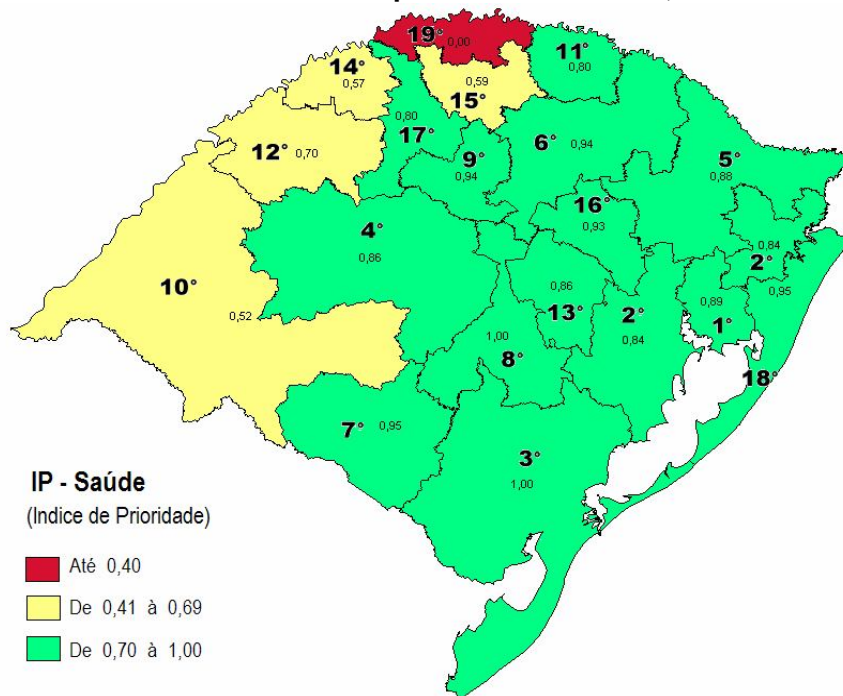
Fonte: SINAN/SES-RS

Figura 86 - Taxa de incidência de doenças transmissíveis, RS, 2006 (nº de casos novos confirmados por 100.000 habitantes): Tuberculose.



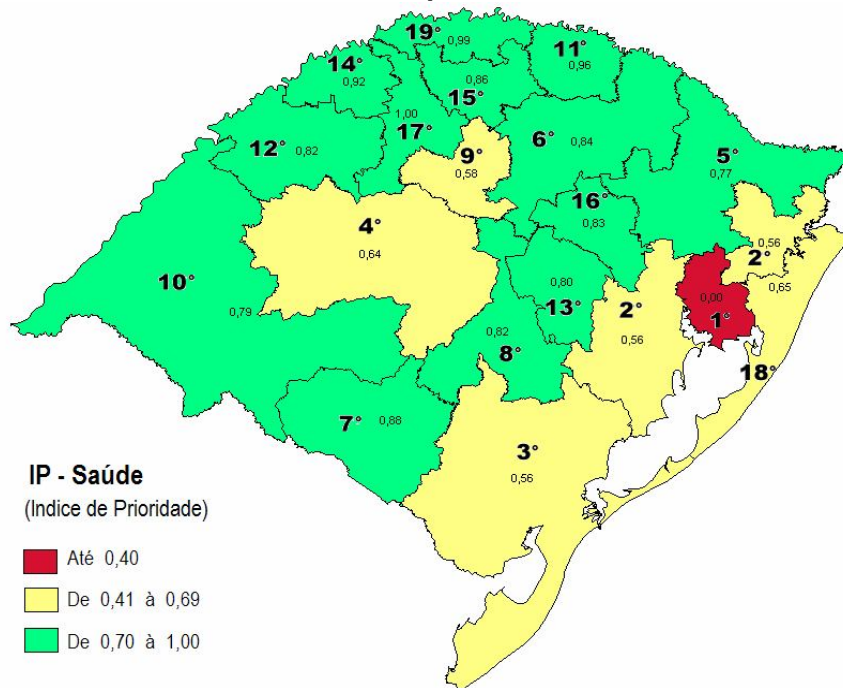
Fonte: SINAN/SES-RS

Figura 87 - Taxa de incidência de doenças transmissíveis, RS, 2006 (nº de casos novos confirmados por 10.000 habitantes): Hanseníase.



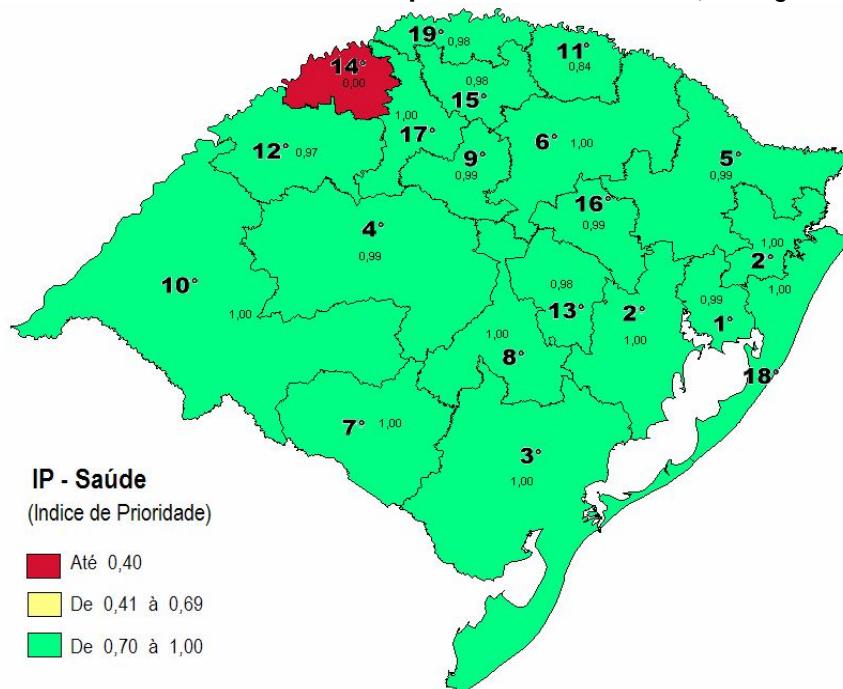
Fonte: SINAN/SES-RS

Figura 88 - Taxa de incidência de doenças transmissíveis, RS, 2006 (nº de casos novos confirmados por 100.000 habitantes): AIDS.



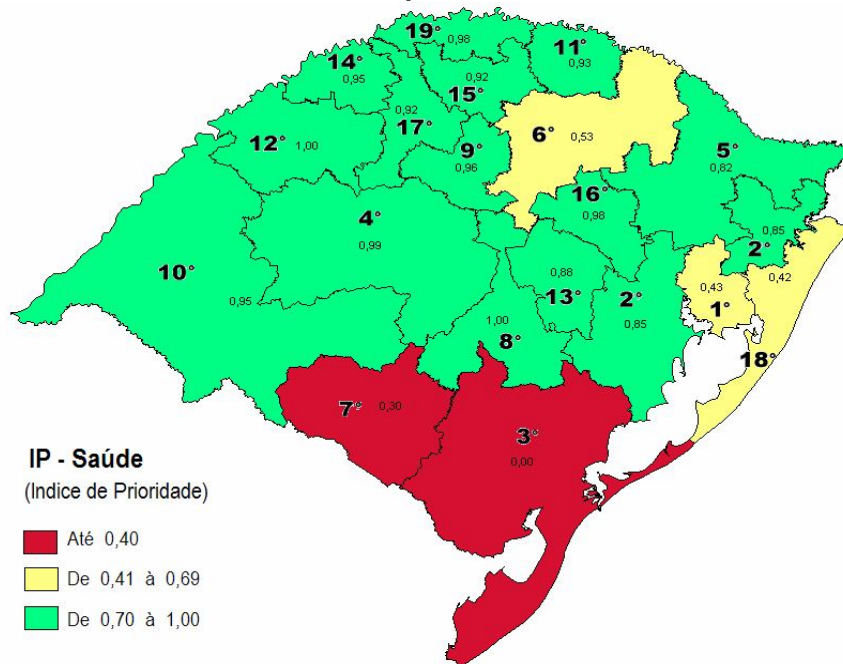
Fonte: SINAN/SES-RS

Figura 89 - Taxa de incidência de doenças transmissíveis, RS, 2006 (nº de casos novos confirmados por 100.000 habitantes): Dengue.



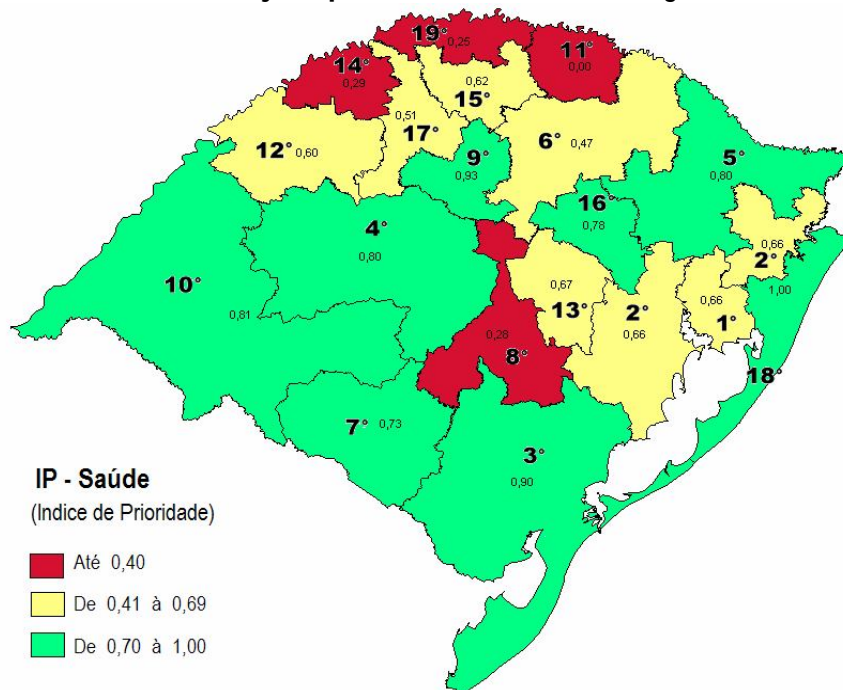
Fonte: SINAN/SES-RS

Figura 90 - Taxa de incidência de doenças transmissíveis, RS, 2006 (nº de casos novos confirmados por 100.000 habitantes): Rubéola.



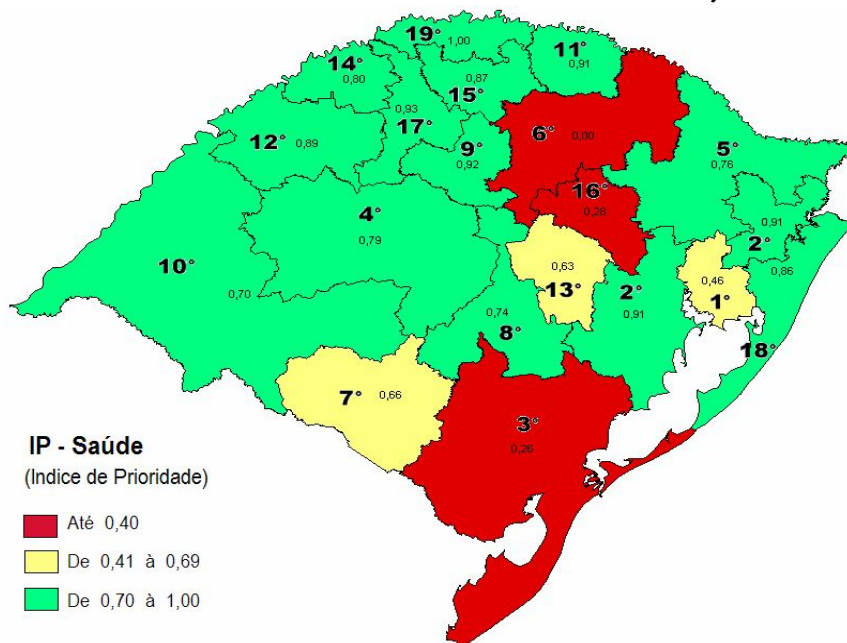
Fonte: SINAN/SES-RS

Figura 91 - Taxa de incidência de acidente de trabalho, RS, 2006 (nº de acidentes típicos e de trajeto, por 1.000 trabalhadores segurados do INSS).



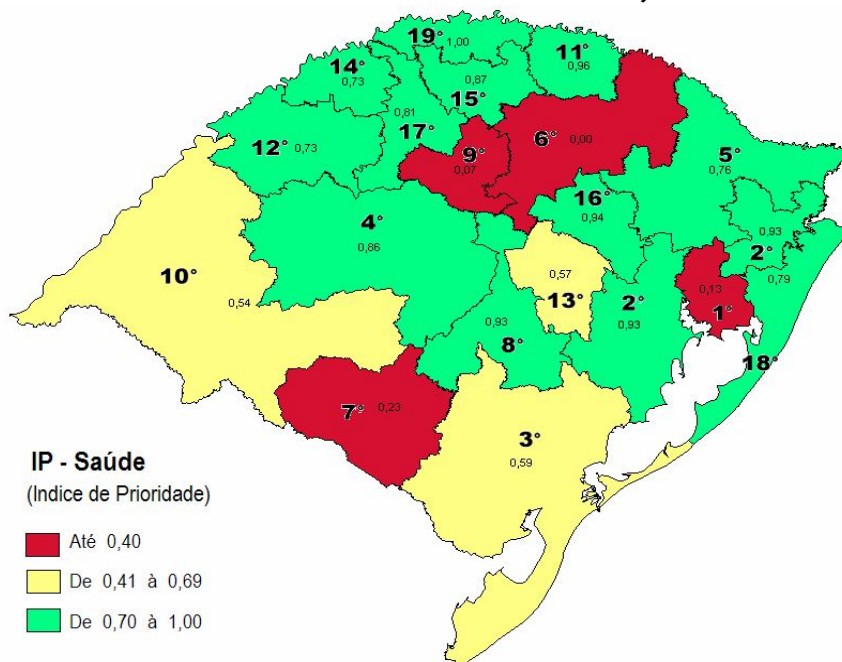
Fonte: Previdência Social/INSS; RAIS/MTE

Figura 92 - Coeficiente de internações hospitalares, por local de internação, no SUS, por doenças isquêmicas do coração, entre 30 e 59 anos de idade, RS, 2007 (por 10.000 habitantes entre 30 e 59 anos).



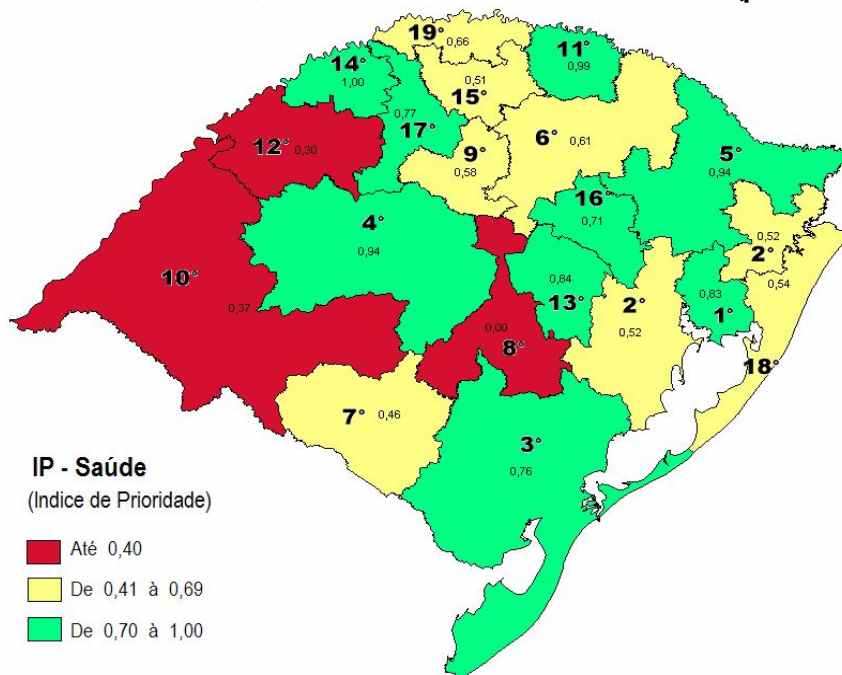
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS; IBGE

Figura 93 - Coeficiente de internações hospitalares, por local de internação, no SUS, por doenças cerebrovasculares, entre 30 e 59 anos de idade, RS, 2007 (por 10.000 habitantes entre 30 e 59 anos).



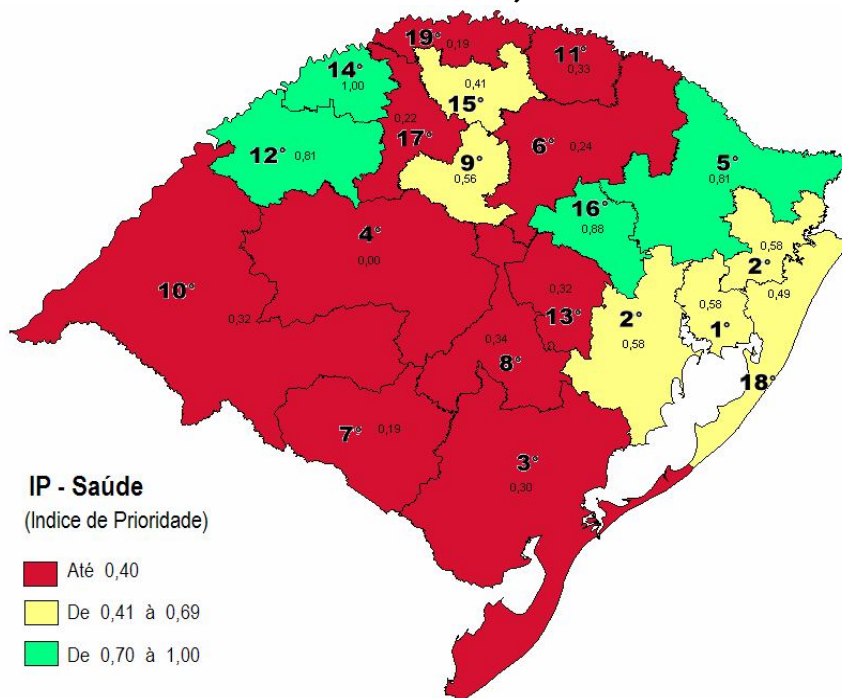
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS; IBGE

Figura 94 - Coeficiente de internações hospitalares, por local de internação, no SUS, por Diabetes Mellitus, de 30 anos e mais de idade, RS, 2007 (por 10.000 habitantes).



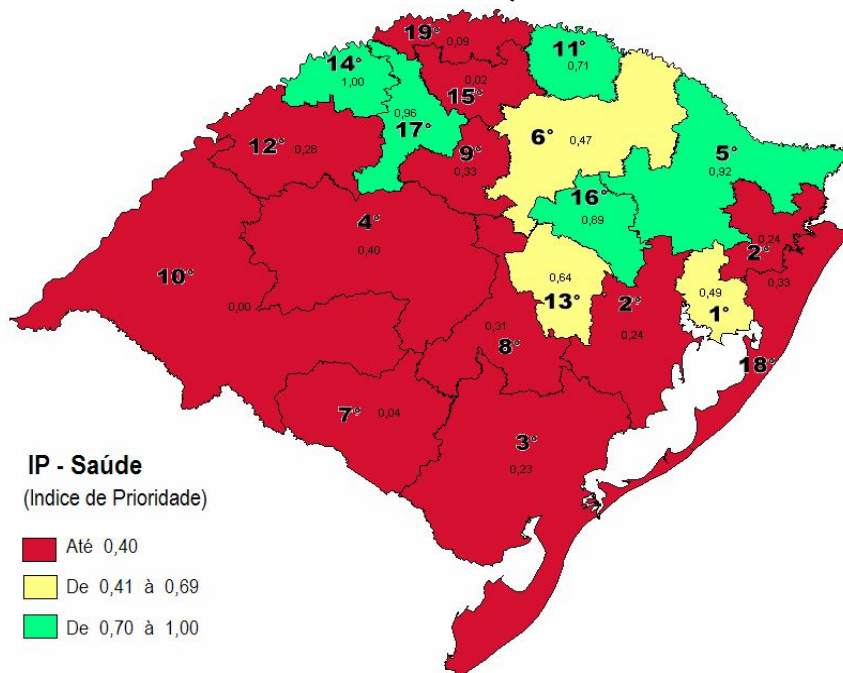
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS e IBGE

Figura 95 - Proporção de nascidos vivos, por idade materna, RS, 2007 (% do total de nascidos vivos): de 10 a 14 anos



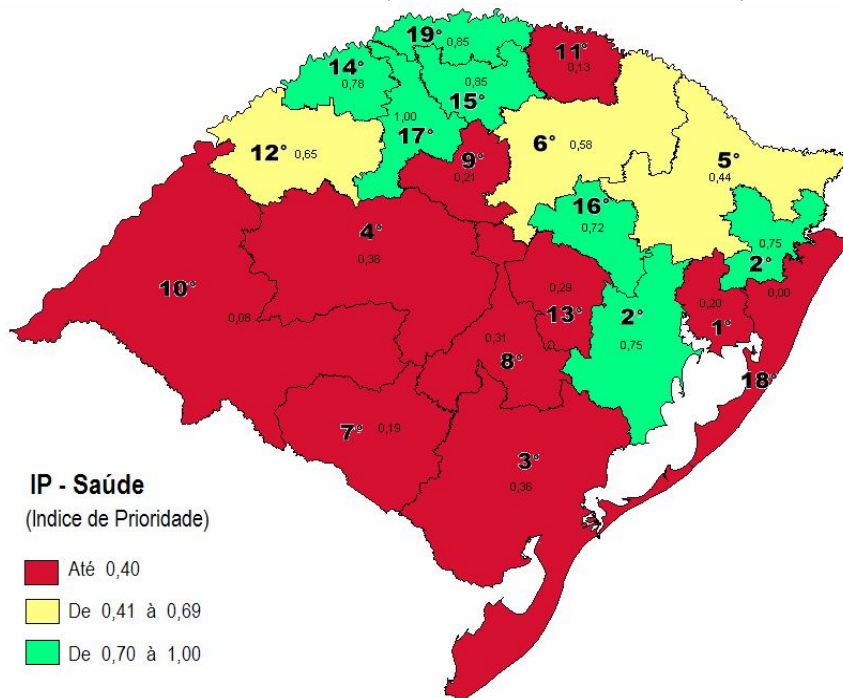
Fonte: SINASC/SES-RS

Figura 96 - Proporção de nascidos vivos, por idade materna, RS, 2007 (% do total de nascidos vivos): de 15 a 19 anos.



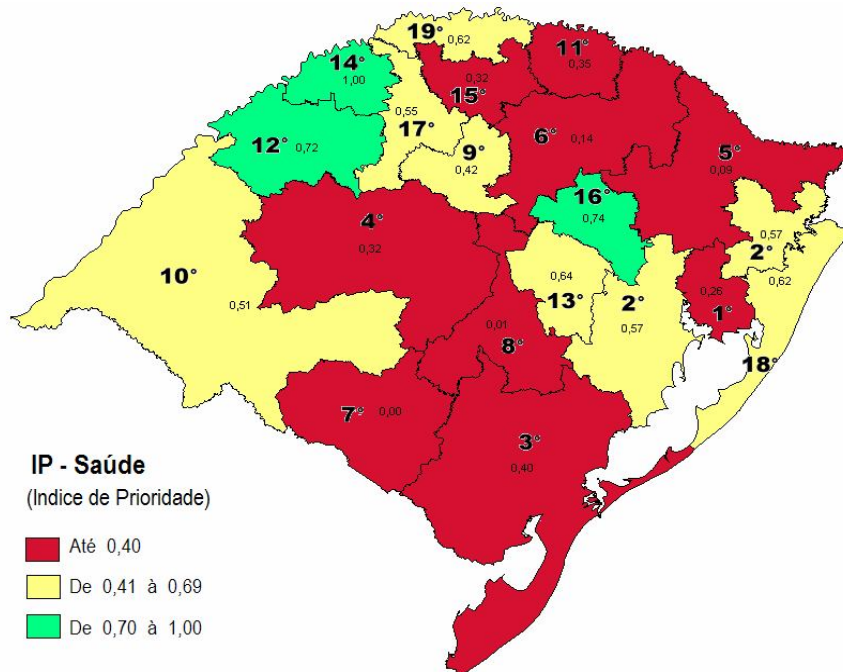
Fonte: SINASC/SES-RS

Figura 97 - Proporção de nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer (<1.500g), RS, 2007 (% do total de nascidos vivos).



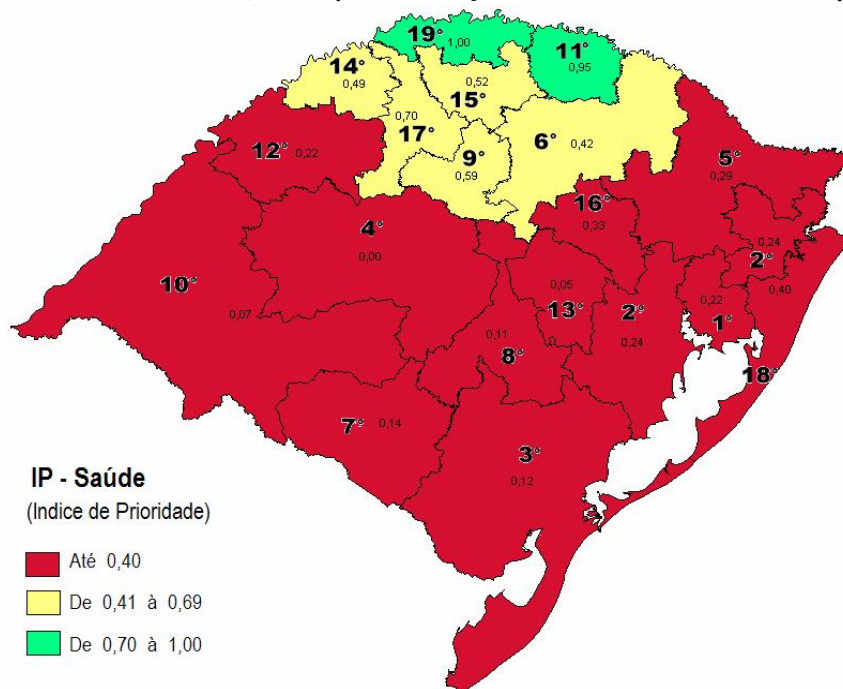
Fonte: SINASC/SES-RS

Figura 98 - Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (<2.500g), RS, 2007 (% do total de nascidos vivos).



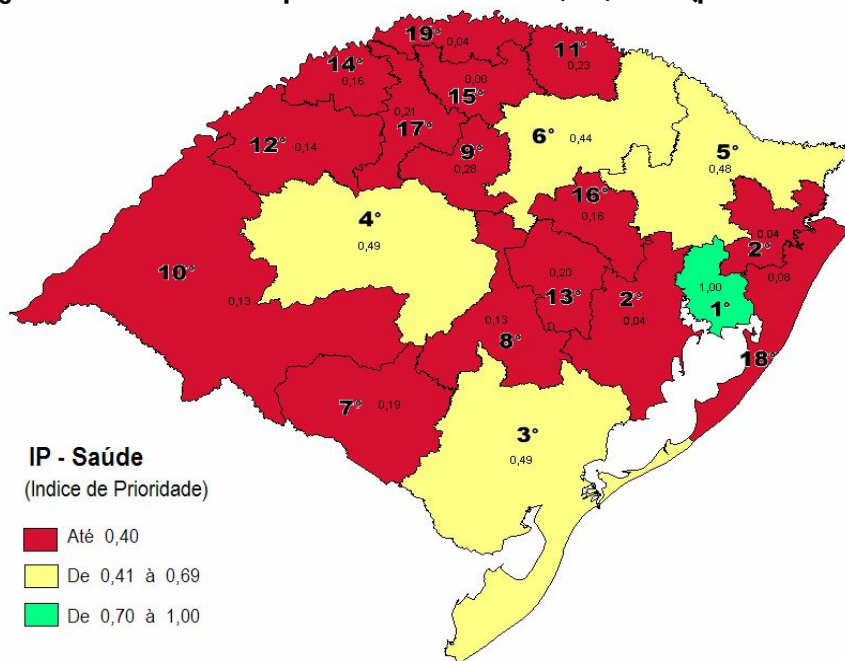
Fonte: SINASC/SES-RS

Figura 99 - Prevalência de aleitamento materno exclusivo, segundo os municípios com PSF, RS, 2007 (% de crianças com até 120 dias de idade).



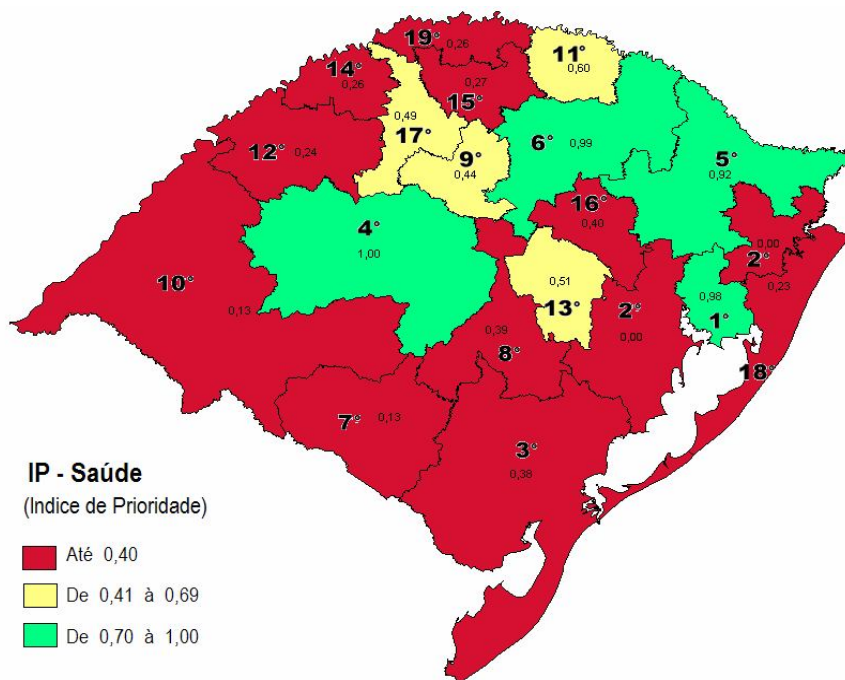
Fonte: SIAB/PACS-PSF/SES-RS

Figura 100 – Número de profissionais de saúde, RS, 2007 (por 1.000 habitantes): Médicos.



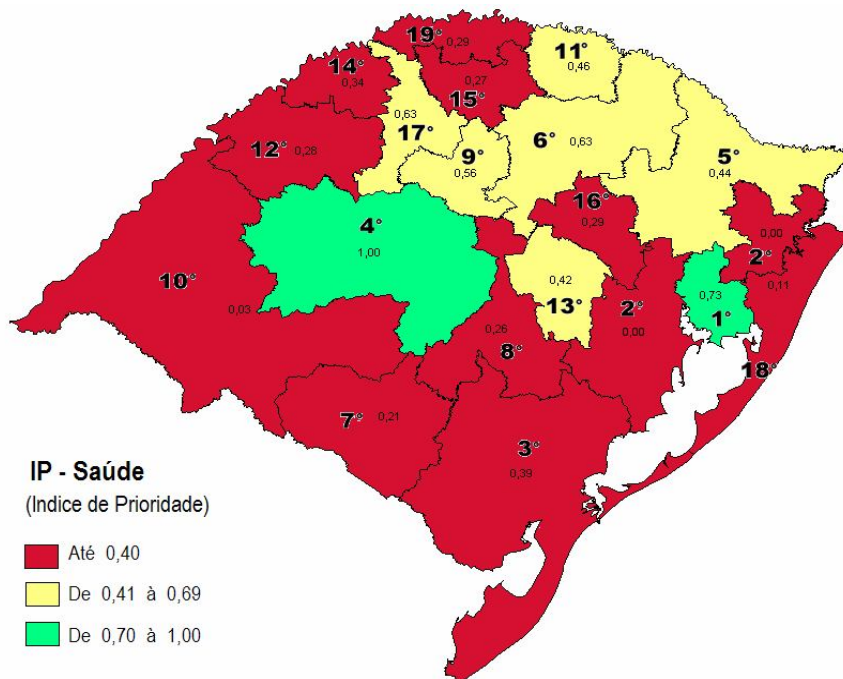
Fonte: CREMERS

Figura 101 - Número de profissionais de saúde, RS, 2007 (por 1.000 habitantes): Cirurgiões dentistas.



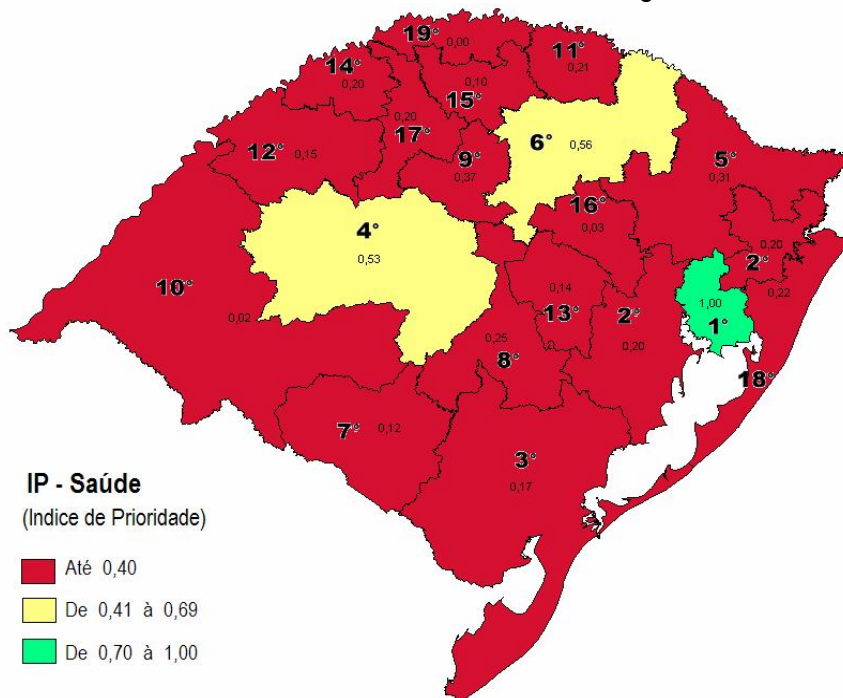
Fonte: CRO/RS

Figura 102 - Número de profissionais de saúde, RS, 2007 (por 1.000 habitantes):
Enfermeiros.



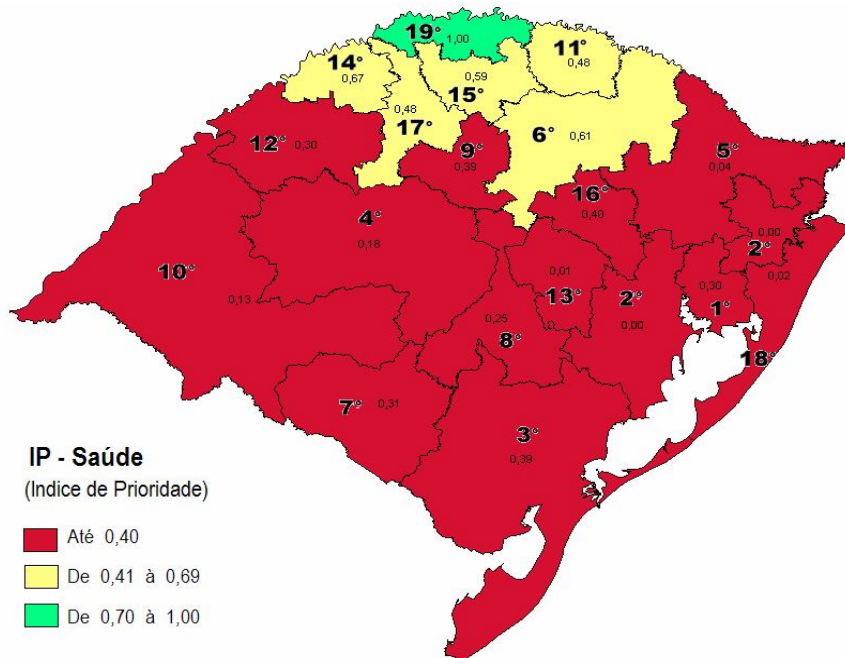
Fonte: COREN/RS

Figura 103 - Número de profissionais de saúde, RS, 2007 (por 1.000 habitantes): Técnicos e
auxiliares de enfermagem.



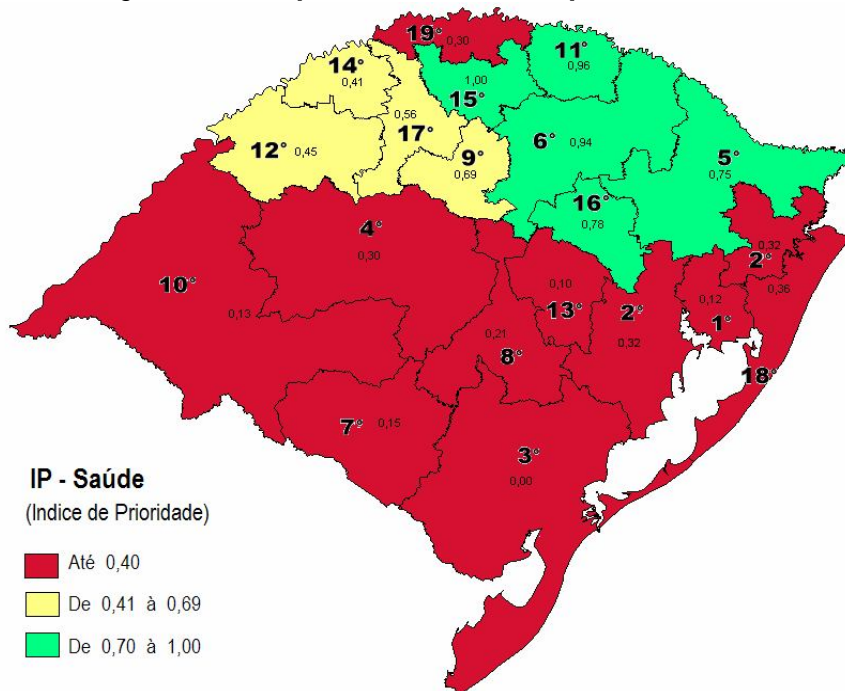
Fonte: COREN/RS

Figura 104 - Número de leitos hospitalares, no SUS, RS, novembro/2007 (por 1.000 habitantes).



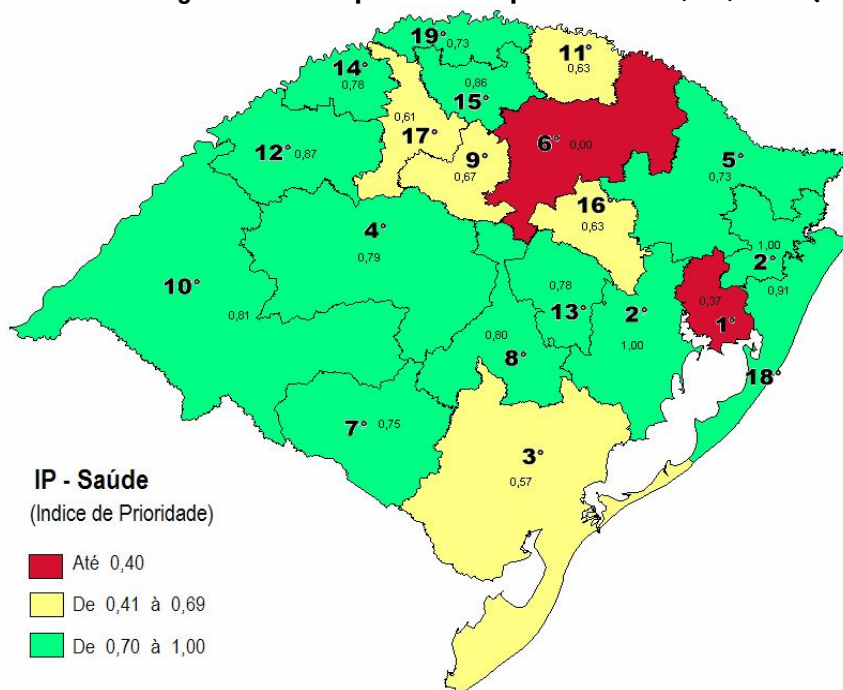
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS

Figura 105 - Despesa total com saúde por habitante (em R\$), RS, 2007.



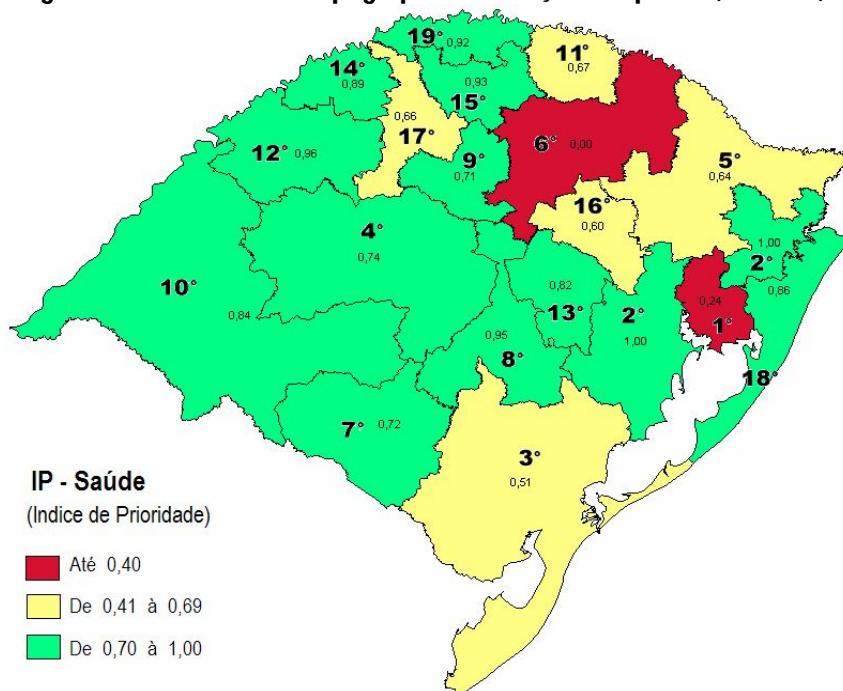
Fonte: SIOPS/DATASUS

Figura 106 - Despesa de AIH por habitante, RS, 2007 (em R\$).



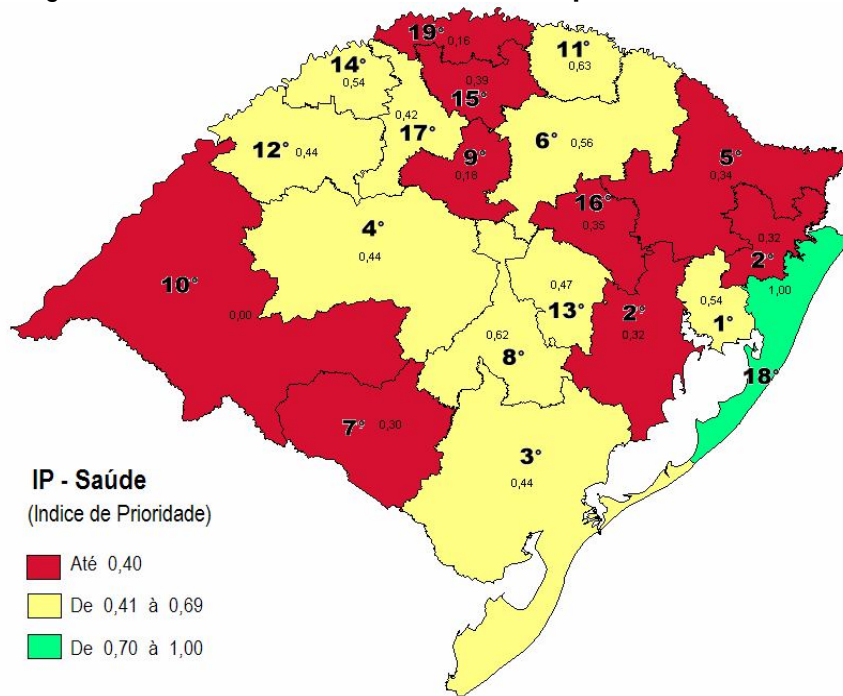
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS

Figura 107 - Valor médio pago por internação hospitalar, no SUS, RS, 2007 (em R\$).



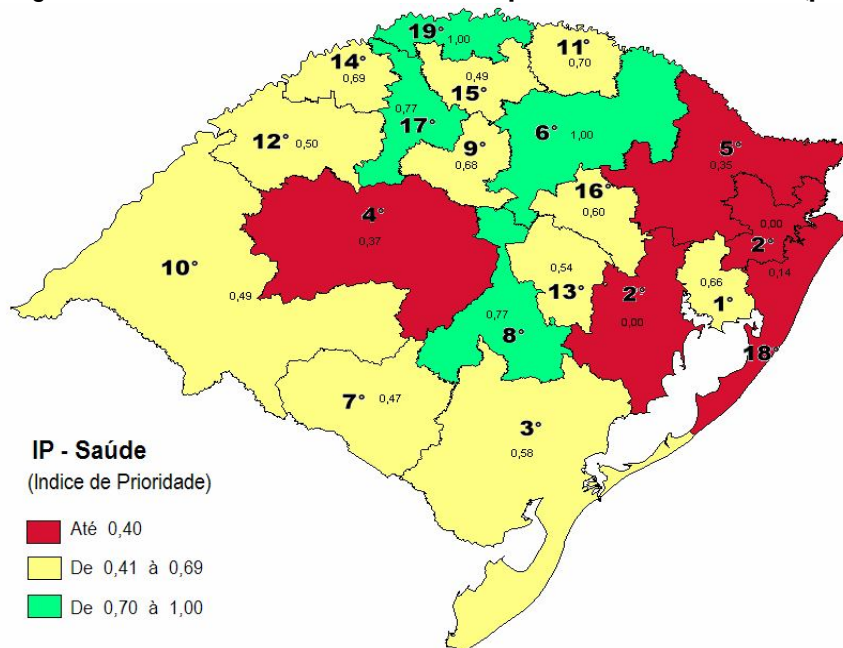
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS

Figura 108 - Número de consultas médicas apresentadas, SUS, RS, 2007 (por hab.).



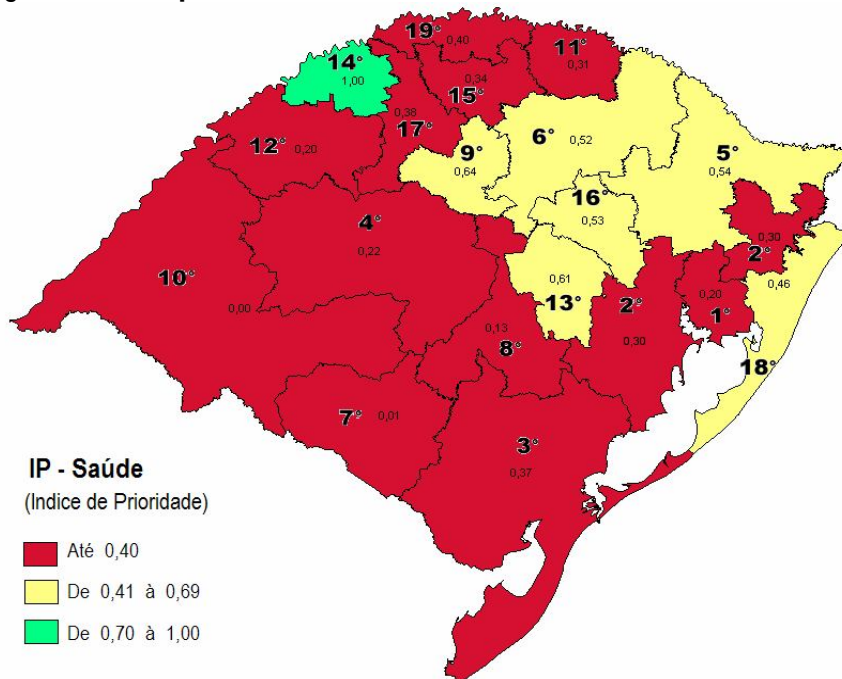
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS

Figura 109 - Número de internações hospitalares SUS, RS, 2007 (por 100 habitantes).



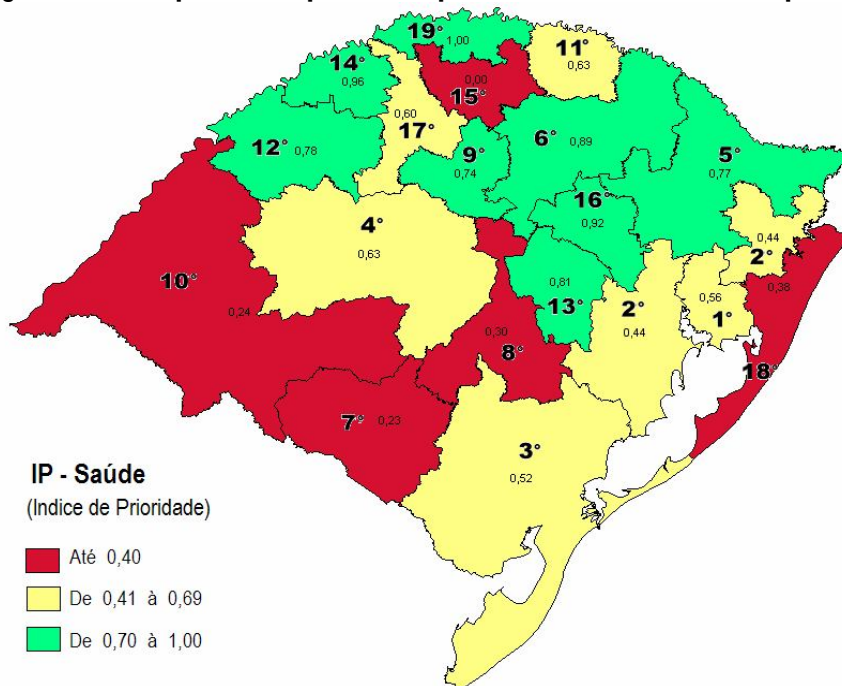
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS

Figura 110 - Proporção de nascidos vivos com sete ou mais consultas pré-natal, RS, 2007.



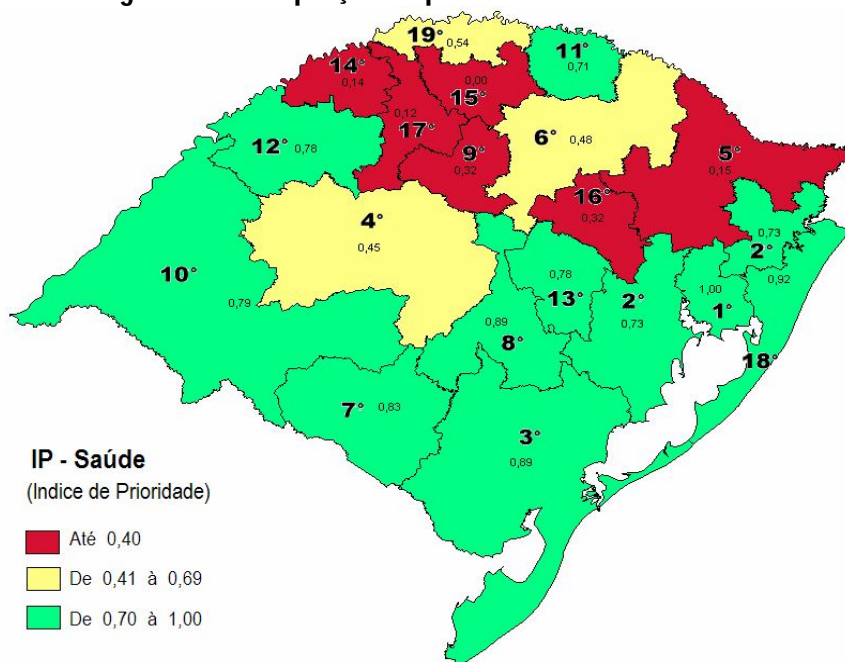
Fonte: SINASC/SES-RS

Figura 111 - Proporção de partos hospitalares de nascidos vivos, por residência, RS, 2007.



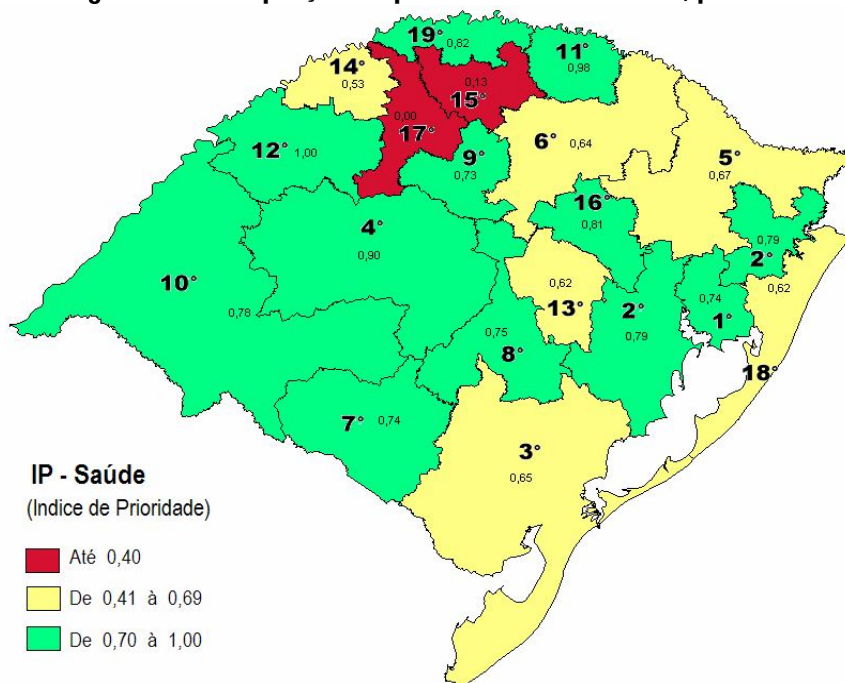
Fonte: SINASC/SES-RS

Figura 112 - Proporção de partos cesáreos de nascidos vivos, RS, 2007.



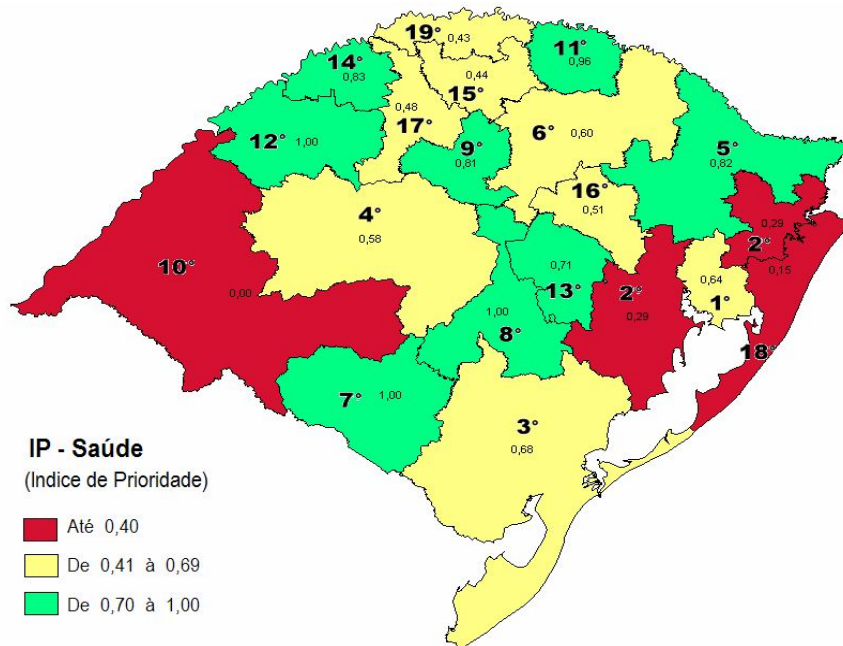
Fonte: SINASC/SES-RS

Figura 113 - Proporção de partos cesáreos do SUS, por residência, RS, 2007.



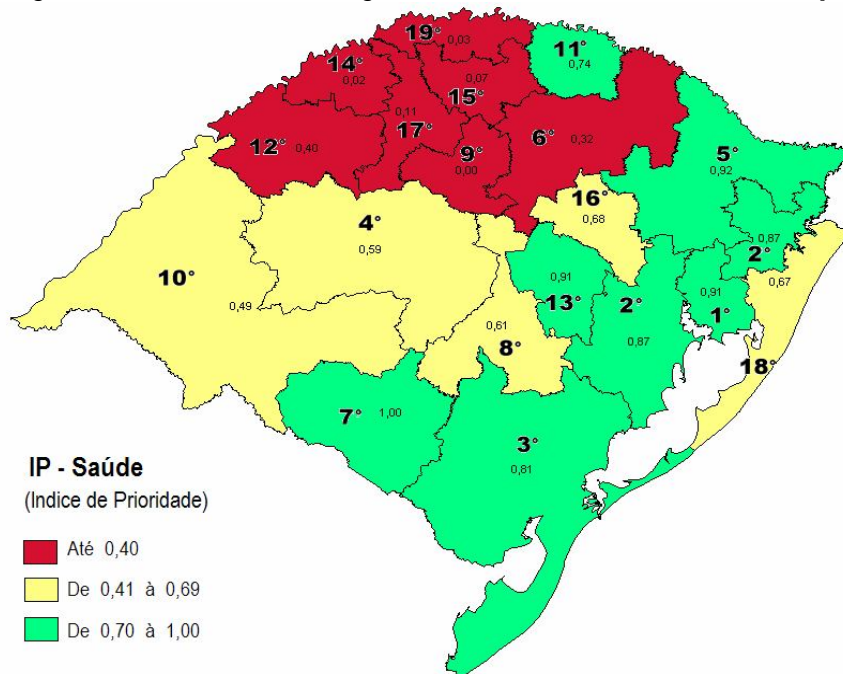
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS

Figura 114 - Cobertura de redes de abastecimento de água, RS, 2000 (% da população urbana).



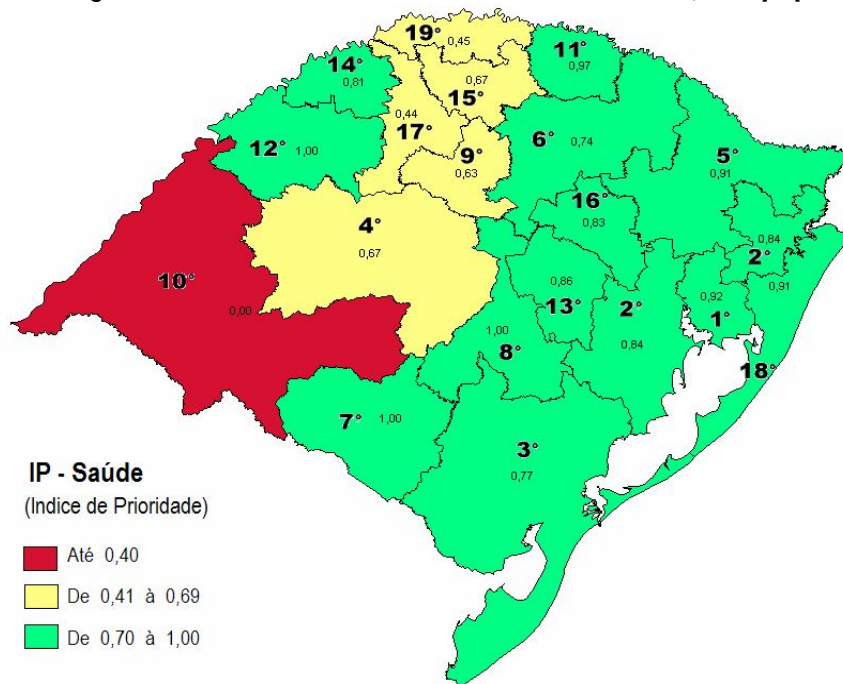
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS e IBGE

Figura 115 - Cobertura de esgotamento sanitário, RS, 2000 (% da população urbana).



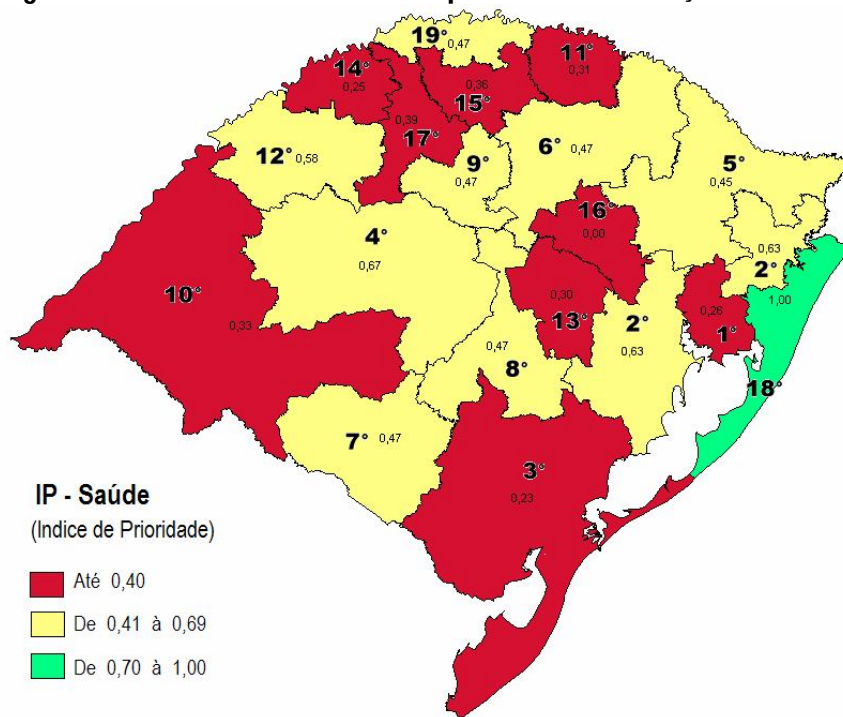
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS e IBGE

Figura 116 - Cobertura de coleta de lixo, RS, 2000 (% da população urbana).



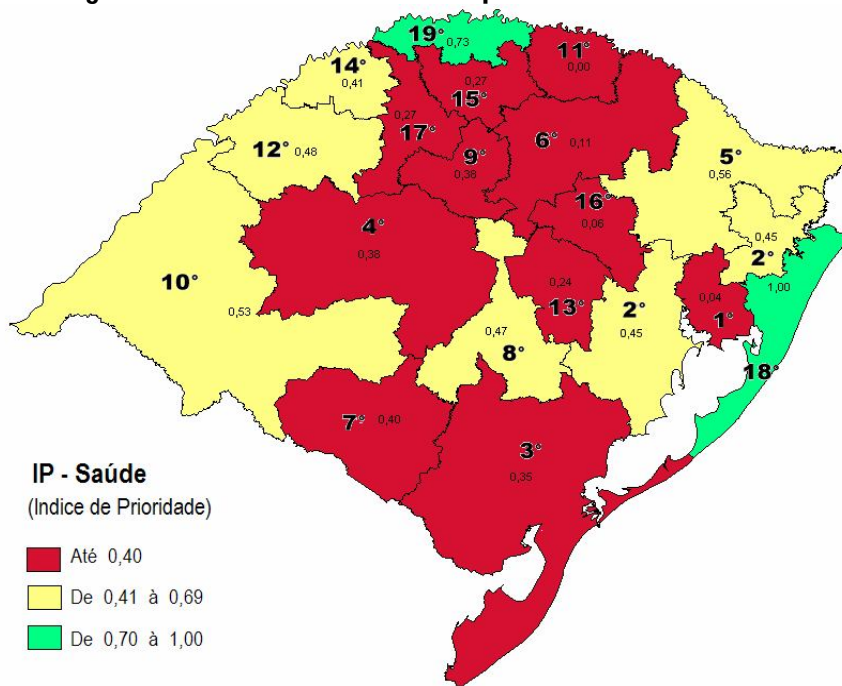
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS e IBGE

Figura 117 - Cobertura vacinal da tríplice viral em crianças de 12 a 23 meses, RS, 2007.



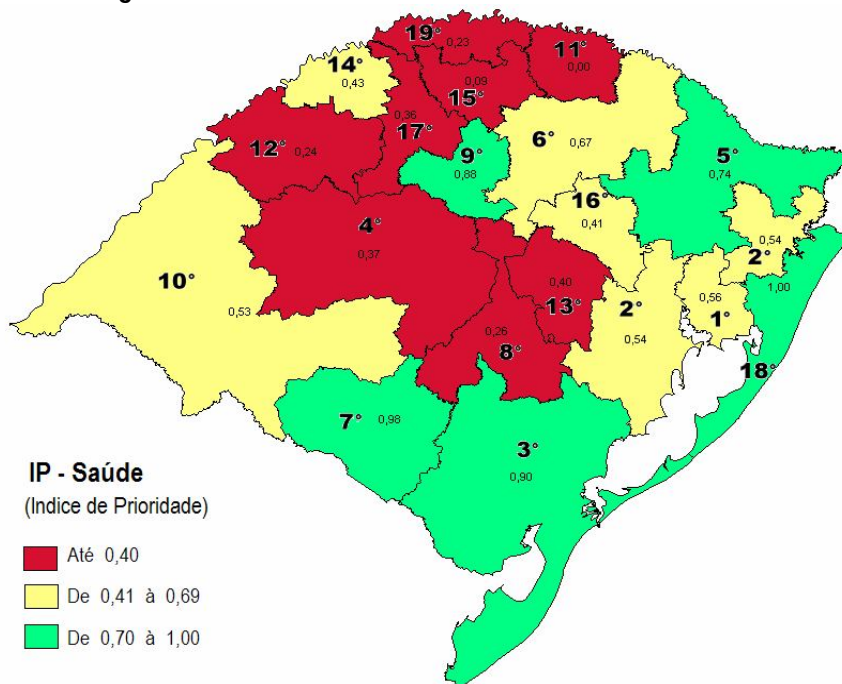
Fonte: SI-API/SES-RS

Figura 118 - Cobertura vacinal da pólio oral em menores de 1 ano, RS, 2007.



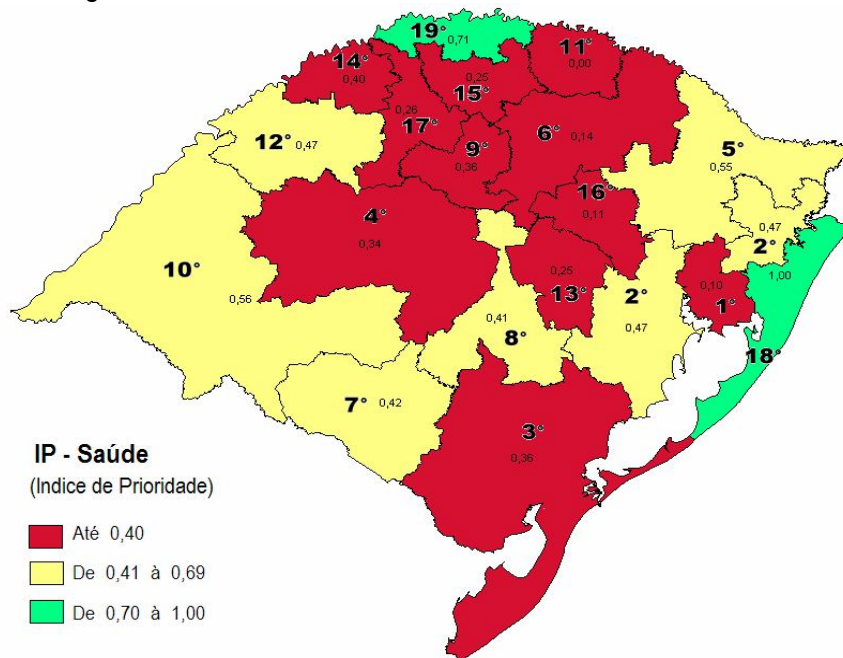
Fonte: SI-API/SES-RS

Figura 119 - Cobertura vacinal da BCG em menores de 1 ano, RS, 2007.



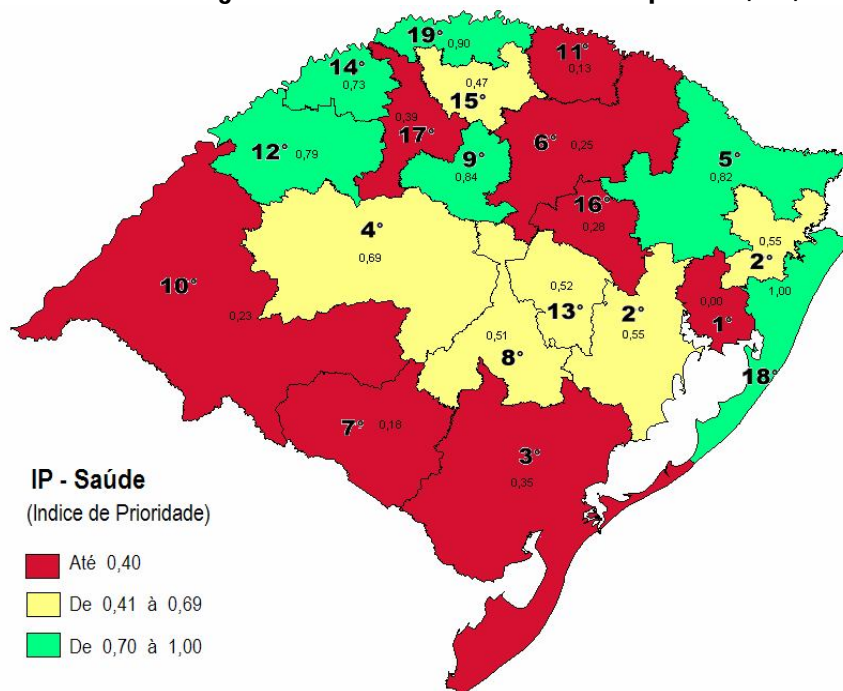
Fonte: SI-API/SES-RS

Figura 120 - Cobertura vacinal Tetravalente em menores de 1 ano, RS, 2007.



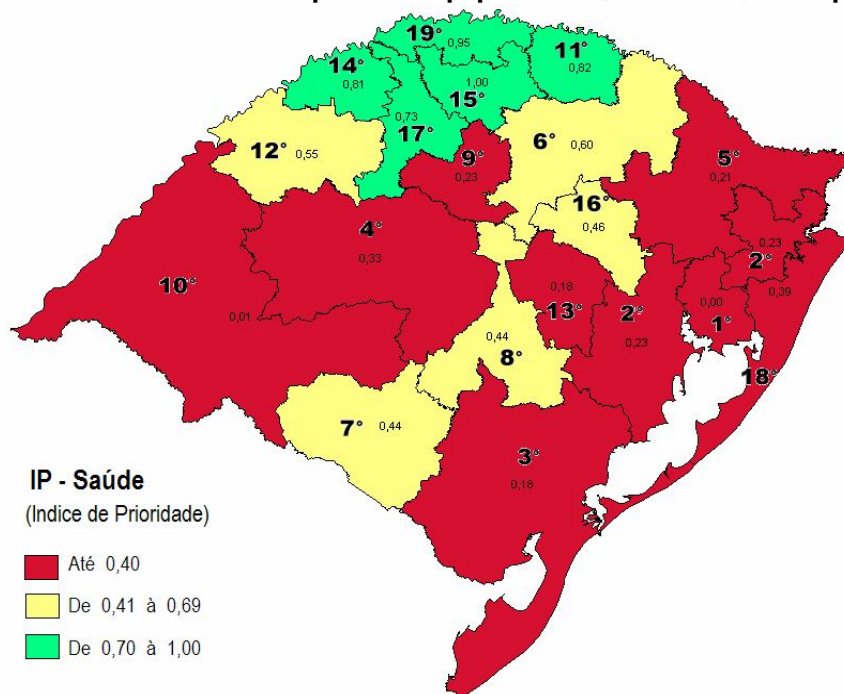
Fonte: SI-API/SES-RS

Figura 121 - Cobertura vacinal da Hepatite B, RS, 2007.



Fonte: SI-API/SES-RS

Figura 122 - Cobertura Popacional do PSF, RS, 2007 (percentual de cobertura considerando que cada equipe atende, em média, 3.450 pessoas).



Fonte: PACS-PSF/SIAB/SES-RS

ANEXO I – Construção do Índice de Priorização em Saúde

De modo a permitir e identificar de forma comparada os indicadores de saúde de cada Coordenadoria Regional de Saúde - CRS, foi criado um índice de priorização de ações em saúde. Após apresentação da priorização dos indicadores às Coordenadorias Regionais da Saúde, realizou-se grupo de trabalho, dividido por macrorregionais de saúde, para análise e discussão dos resultados, tendo em vista qualificar o processo de leitura da situação de saúde no Rio Grande do Sul, de forma regionalizada, bem como colher dados para ampliar a análise realizada nos capítulos III e IV deste documento.

O Índice de Priorização em Saúde - $IP_{Saúde}$ - baseia-se na equação utilizada para o cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano - IDH. Segundo a Organização da Nações Unidas, o IDH é calculado a partir de três índices que representam dimensões básicas do desenvolvimento humano (ONU, 2004): a) uma vida longa e saudável, medida pela esperança de vida ao nascer; b) conhecimento, medido pela taxa de analfabetismo de adultos e pela taxa de escolarização bruta combinada do primário, secundário e superior; e c) nível de vida digno, medido pelo Produto Interno Bruto – PIB - per capita (dólares PPC). O cálculo do IDH só é possível após a conversão da escala de medida original dos indicadores em uma escala comum, resultando em três índices de dimensão: índice de esperança de vida, índice de educação e índice do PIB. O IDH é então expresso a partir da média aritmética desses três índices de dimensão.

Utilizado como índice pela sua inspiração no IDH e pelo entendimento amplo do significado da palavra índice, assim como: (i) em Ferreira (1999)⁴, enquanto tudo aquilo que indica ou denota alguma qualidade ou característica especial, em particular no sentido estatístico como um número-índice “Número que indica a variação média de uma grandeza entre um período tomado como base e o período considerado”; (ii) em MS (2006)⁵ como um índice de referência enquanto um valor que expressa a situação mais recente do problema e sua respectiva data de apuração, consistindo na aferição de um indicador em um dado

⁴ FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Aurélio - Século XXI. [s. l.]: Editora Nova Fronteira, 1999. (Versão 3.0, Lexikon Informática Ltda, Nov.)

⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria-Executiva. Glossário Temático: Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações em Saúde (Seplan). Brasília: MS, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

momento, mensurado com a unidade de medida escolhida; (iii) ou como em Olson (1999)⁶ enquanto número-índice definido como “uma percentagem que indica o valor de uma variável em um período de tempo em relação a seu valor em outro período de tempo”. Segundo o autor um número-índice pode assumir formas simples, a exemplo de um valor observado em um dado período expresso como uma percentagem em relação a um período base, ou formas mais complexas, a exemplo do índice de preços ao consumidor que reflete a mudança média em um conjunto grande de itens (bens e serviços). Neste sentido, o IP saúde se constitui em um índice ao permitir a comparação entre as diferentes unidades de análise eleitas (regiões territoriais) e entre diferentes indicadores, em um determinado período de tempo.

Tanto nos casos de indicadores do tipo maior é melhor quanto do tipo menor é melhor o IP_{Saúde} permite qualificar o desempenho a partir de seu intervalo de variação, entre 0 e 1. A conversão propicia a utilização de um critério único para avaliar o desempenho nos diferentes indicadores expressos em uma mesma escala, onde valores próximos a zero representam um desempenho relativo insuficiente, ou como propõe o IP_{Saúde}, indicadores a serem priorizados; e valores próximos a um representam um desempenho relativo adequado. A partir deste raciocínio foram estabelecidas três faixas que permitem indicar prioridades, onde valores:

- entre 0 a 0,4, apontam um desempenho relativo insuficiente e uma prioridade em saúde, indicando que aquela região de saúde apresenta maior dificuldade em relação ao indicador avaliado, quando comparada com as demais regiões analisadas. Nos mapas, está representado pela cor vermelha;
- entre 0,41 a 0,69 representam um desempenho relativo a ser melhorado, indicando que aquela região de saúde está em um estágio intermediário, quando comparadas com as demais regiões analisadas. Nos mapas, está representado pela cor amarela;
- e entre 0,7 a 1 expressam um desempenho relativo adequado, indicando que aquela região de saúde apresenta menor dificuldade em relação ao indicador avaliado,

⁶OLSON, Chester L. *Statistics: Making sense of data*. Boston: Allyn and Bacon, 1987. p. 17-21.

quando comparada com as demais regiões analisadas. Nos mapas, está representado pela cor verde.

A avaliação implica determinar uma unidade de análise e uma referência. A eleição de um determinado nível de unidade de análise não é uma escolha imparcial, guardando direta relação com o uso da avaliação, podendo ser o desempenho mundial, de um continente, de um país, de um Estado da federação, de uma região de saúde, de um município, de um distrito ou de uma localidade.

Já a referência de análise pode ser o desempenho ao longo do tempo de um determinado indicador em um específico nível de análise, ou sua comparação com um desempenho referencial em outro nível de análise. A comparação de diferentes indicadores ao longo do tempo é apresentada na análise situacional. A comparação com um referencial envolve o nível de rigor da análise. No caso da eleição de prioridades para a tomada de decisão em nível estadual, importam caracterizar as desigualdades e prioridades nas diferentes CRS.

O IP_{saúde} assume uma perspectiva técnica de análise, que não invalida a utilização de outras, servindo assim como ferramenta de gestão para orientar a tomada de decisão. Neste sentido, este capítulo elege o nível de análise regional para a eleição de prioridades de modo a permitir a tomada de decisão e o direcionamento de investimentos às regiões prioritárias em relação aos diferentes indicadores de saúde.

Assim, o IP_{saúde} se caracteriza como um índice de priorização técnico, cuja análise apresenta grande potencial, mas pode apresentar algumas limitações. A caracterização destes limites e potenciais tem o objetivo de apontar caminhos que podem ser trilhados pelos gestores.

O que essa metodologia de trabalho permite é avaliar, individualmente, problemas sinalizados pelos diferentes indicadores selecionados, possibilitando identificar regiões com maior quantidade de problemas de saúde.

A análise do IP_{saúde}: (i) possibilita eleger prioridades ao analisar conjuntamente indicadores de saúde, ampliando a perspectiva de análise; (ii) permite visualizar regiões com menor e maior quantidade de indicadores com desempenho relativo insuficiente / adequado; (iii) permite relacionar problemas de saúde qualitativamente identificados aos indicadores com desempenho relativo insuficiente, embasando o processo de planejamento

de ações em saúde; e (iv) pode servir como apoio à decisão em relação a problemas de saúde e na definição quanto à alocação de recursos.

É importante destacar alguns limites das análises proporcionadas pelo $IP_{Saúde}$. Apesar de os indicadores priorizados apontarem desempenhos relativos insuficientes, estes são todos quantitativos e seguindo um recorte adotado pela Rede de Análise de Dados e Indicadores de Saúde – READIS, podendo ser necessário complementar a análise com a adoção de uma perspectiva qualitativa na eleição de prioridades e a identificação de problemas de saúde não contemplados. A priorização proposta permite a proposição de uma intervenção sobre o conjunto de indicadores, sendo, porém temeroso e impróprio estabelecer comparações quanto à importância entre eles. Como comparar se o $IP_{Saúde}^{Coeficiente\ Mortalidade}$ é mais prioritário que o $IP_{Saúde}^{Cobertura\ Vacinal}$?

Outro possível limite das análises do $IP_{Saúde}$ está relacionado à comparação entre CRS, que apresentam características geográficas, demográficas e econômicas, entre outras, muitas vezes, completamente distintas, apesar destas serem legitimamente iguais, no âmbito do Sistema Estadual de Saúde. Há que se considerar ainda que a análise proposta elege o nível de análise regional, onde um resultado insuficiente ou adequado pode ser atribuível a influência de um, ou poucos municípios, que por apresentar (em) maior população, têm peso maior. Esta condição caracteriza a necessidade de utilizar o cálculo do $IP_{Saúde}$ para avaliações dentro do território das CRS, de modo a identificar os municípios prioritários, onde deverão ser desenvolvidas as ações para a modificação do quadro de saúde.

Além destes limites, a análise do $IP_{Saúde}$ deve considerar a amplitude de variação do indicador, que representa o “nível de exigência” para o indicador em estudo, devido a seu estágio de evolução. Exemplificando para a avaliação de indicadores de cobertura vacinal, pode-se dizer que as porcentagens de cobertura são altas na maioria das CRS. Entretanto, há as com $IP_{Saúde}$ “mais alto”, com valores que se aproximam de 1,0, e as com $IP_{Saúde}$ “menos alto”, com valores entre 0,0 e 0,4, nas quais se apresenta o desafio de melhorar ainda mais.

Indicadores objeto da análise

Para a análise a seguir conduzida foram eleitos alguns indicadores da Rede de Análise de Dados e Indicadores de Saúde – READIS, que apresenta um conjunto de indicadores baseados naqueles da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSAs. A RIPSAs, do

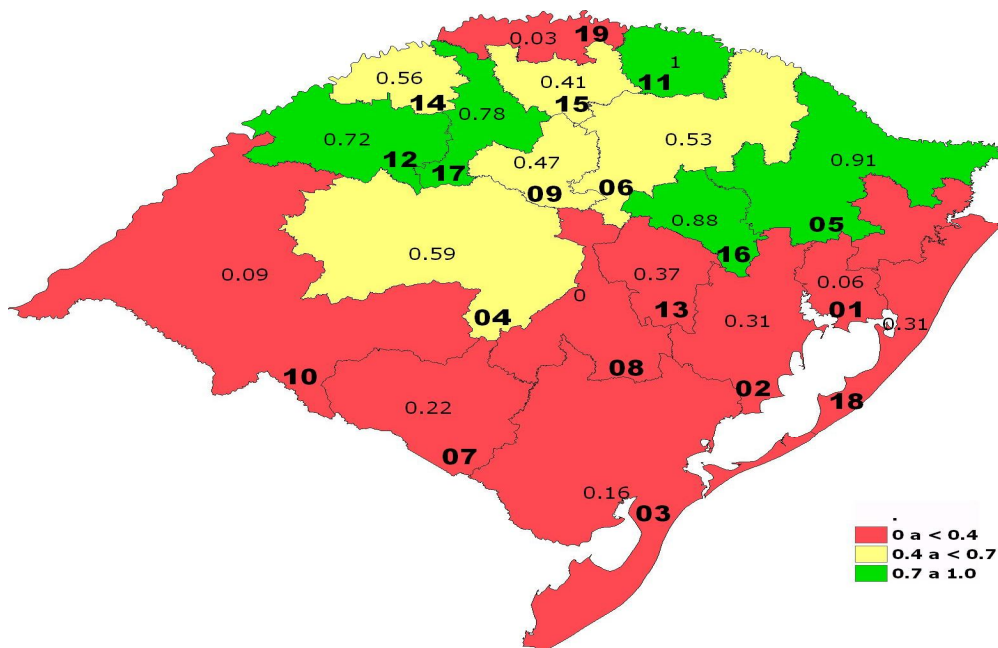
Ministério da Saúde e OPAS, foi concebida com o intuito de subsidiar o processo decisório em saúde, bem como a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde, sistematizando informações relevantes sobre o estado de saúde da população e seus determinantes biológicos, sociais e econômicos e ambientais. Os indicadores da READIS, historicamente, são os mais utilizados em saúde pública para análise de situação em saúde, sendo obtidos a partir de dados disponíveis via internet, em sites como o Datasus, Secretaria Estadual de Saúde do RS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fundação de Economia e Estatística - FEE, entre outros.

O Centro Estadual de Vigilância em Saúde, da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul publica o documento Vigilância em Saúde: dados e indicadores selecionados do Rio Grande do Sul, que consolida cento e cinco (105) indicadores da READIS. A responsabilidade pela elaboração desta publicação anual é do CEVS, DAS, DAHA e ASSTEPLAN, tendo sido editados os indicadores referentes aos anos 2003, 2004, 2005, 2006 e 2007. Foram considerados os 76 indicadores mais suscetíveis de modificação por ações do Sistema de Saúde, ou seja, sua melhora envolve ações a serem desenvolvidas pelo setor saúde. A maioria desses indicadores representa taxas, onde o denominador é a população e expressa o risco de aquela população sofrer o dano contido no numerador. Os indicadores prioritários, com $IP_{Saúde}$ menor que 0,4, são apresentados no Anexo II, por CRS.

Outra forma de apresentar o $IP_{Saúde}$ é sua representação geográfica para as CRS (1ª a 19ª), conforme apresentado na Figura 123, para dois indicadores do ano de 2007. Essas figuras destacam: em vermelho, CRS com $IP_{Saúde}$ entre 0 e 0,4; em amarelo CRS com $IP_{Saúde}$ entre 0,401 e 0,7; e em verde CRS com $IP_{Saúde}$ entre 0,701 e 1.

A figura 123 demonstra a distribuição espacial do $IP_{Saúde}$ A. 8 e $IP_{Saúde}$ B.1, no RS, que são: A.8, expectativa de vida ao nascer, ambos os sexos, 2005/2007 (em anos) e B.1 taxa de analfabetismo, 2000 (% na população de 15 e mais anos de idade), respectivamente.

Figura 123 – Distribuição espacial do IP Saúde A. 8 e IP Saúde B.1, RS.



Fonte: CEVS/SES-RS

