

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ARQUITETURA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO URBANO E  
REGIONAL**

**JÚLIO CÉSAR VIERO RUIVO**

**ANÁLISE REGIONAL DA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DE OFERTA DE SERVIÇOS  
DE SAÚDE:  
ESTUDO DE CASO: OS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE DO SUS NO RS**

**Dissertação de Mestrado**

Porto Alegre, 2012

**JÚLIO CÉSAR VIERO RUIVO**

**ANÁLISE REGIONAL DA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DE OFERTA DE SERVIÇOS  
DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO: OS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE  
DO SUS NO RS**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Planejamento Urbano e Regional

**Orientador: Prof. Dr. Oberon da Silva Mello**

Porto Alegre, 2012

## CIP - Catalogação na Publicação

Ruivo, Júlio César Viero  
Análise regional da distribuição espacial de oferta de serviços de saúde: estudo de caso: os serviços de alta complexidade do SUS no RS / Júlio César Viero Ruivo. -- 2012.  
143 f.

Orientador: Oberon da Silva Mello.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Arquitetura, Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Serviços de saúde. 2. Distribuição regional. 3. SUS. 4. Regionalização. I. Mello, Oberon da Silva, orient. II. Título.

**TERMO DE APROVAÇÃO****JÚLIO CÉSAR VIERO RUIVO****ANÁLISE REGIONAL DA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DE OFERTA DE SERVIÇOS  
DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO: OS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE  
DO SUS NO RS**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:

---

Prof. Dr. Oberon da Silva Mello

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ceci Araujo Misocsky - UFRGS

---

Prof. Dr. Paulo Roberto Rodrigues Soares - UFRGS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Livia Teresinha Salomão Piccinini - PROPUR/UFRGS

Porto Alegre, 12 de janeiro de 2012

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho de pesquisa a minha família: mãe e pai (in memoriam), irmã, filhos, esposa, Gisélle Ribeiro, e a todo cidadão que acredita que os gestores públicos devem buscar qualificação para o melhor desempenho das suas funções.*

## **AGRADECIMENTOS**

Na conquista do que desejamos, ou na realização de um sonho, nunca estamos sozinhos. Somos pessoas, vivemos em sociedade, compartilhando anseios, desejos e expectativas.

Às pessoas que fizeram parte desta trajetória e que contribuíram para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos, em especial:

Ao Professor Dr. Oberon da Silva Mello pelo voto de confiança, pela oportunidade de crescimento profissional, científico e orientação deste trabalho.

Ao Professor Dr. Rogério Anése pela colaboração e dedicação fundamental para conclusão deste trabalho.

À Prefeitura Municipal de Santiago pela colaboração e experiências que tem proporcionado como gestor público.

À Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões e Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela oportunidade.

## RESUMO

A prestação dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS) no país deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos assistenciais de saúde, organizados em uma rede hierarquizada e regionalizada de atenção à saúde, em níveis de complexidade crescente. A rede de saúde no Estado do Rio Grande do Sul está dividida em sete macrorregiões e dezenove microrregiões, em um sistema hierarquizado que vai da atenção básica ao serviço de alta complexidade. A presente pesquisa tem como objetivo analisar a distribuição regional dos serviços de saúde de alta complexidade, considerando suas relações com as características do quadro de desigualdades socioespaciais no Estado. A metodologia utilizada foi levantamento documental referente à bibliografia especializada, abordando-se casos no Brasil. A seguir, em fase dedicada ao estudo de caso, examinaram-se os documentos do SUS, pertinentes ao tema, nas dezenove microrregiões que compreendem as coordenadorias de saúde no Rio Grande do Sul. Os dados coletados foram descritos conforme os serviços disponíveis por especialidade de alta complexidade e da população de cada região, criando-se indicadores de oferta, e das características das desigualdades socioespaciais. Para analisar os dados, aplicou-se procedimento que consistiu em confrontar, em cruzamento, os indicadores de oferta e de características socioeconômicas, visando-se examinar a adequação da oferta segundo critério que leva em conta a desigualdade social. O instrumento de análise revelou-se importante ao qualificar situações que a análise quantitativa, tipo correlação, não explicita adequadamente. Por fim, concluiu-se que a distribuição espacial dos serviços de saúde do SUS, no RS, estão inadequados, o que comprova a hipótese da pesquisa.

Palavras chave: SUS, Regionalização, Desequilíbrio Regional

## ABSTRACT

The provision of services in the Public Health System (SUS) in the country should be developed in a set of health care establishments, organized in a hierarchical and regionalized health care network, in level of increasing complexity. The health care network in the State of Rio Grande do Sul is divided into seven macro and nineteen micro regions, in a tiered system that goes from basic attention, up to the high complexity service. The aim of this research is to analyze the regional distribution of health care services of high complexity, considering their relation to the characteristics of the social spatial inequalities situation in the State of Rio Grande do Sul. The methodology used was to create a documentary survey based in specialized bibliographies, covering cases in Brazil, then, in order dedicated to the case study, relevant documents from SUS were examined in nineteen micro regions that include the health coordinating organs in Rio Grande do Sul. The collected data were described according to the services available for specialty of high complexity and the population of each region, thus creating indicators of offer, and the characteristics of spatial inequalities. To analyze the data a procedure was used, to match the indicators of offer and social economic characteristics, in order to examine the appropriateness of the offer according to the criterion that include the social inequality. The instrument of analysis proved to be important to qualify situations that the quantitative analysis type correlation does not specify adequately. Lastly, it was concluded that the spatial distribution of health services of SUS in Rio Grande do Sul is inadequate, proving the hypothesis of the research.

Key words: Public Health System (SUS), Regionalization, Regional Instabil

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização do Estado do Rio Grande do Sul.....	48
Figura 2: Divisão municipal e rede urbana.....	49
Figura 3: Conselhos Regionais de Desenvolvimento – COREDEs.....	50
Figura 4: COREDEs e Regiões Funcionais de Planejamento.....	51
Figura 5: Macrorregiões de Saúde.....	52
Figura 6: Densidade demográfica por município - 2010.....	54
Figura 7: Taxa de Urbanização por município - 2010.....	55
Figura 8: Índice de Desenvolvimento Socioeconômico – IDESE.....	57
Figura 9: Índice de Desenvolvimento Socioeconômico - Bloco Saúde.....	58
Figura 10: Leitos por coordenadorias.....	59
Figura 11: Índice de Desenvolvimento Humano- IDH.....	60
Figura 12: Mapa do RS com distribuição dos Leitos de UTI no RS.....	63
Figura 13: Distribuição da população por coordenadoria.....	67
Figura 14: Rede de Atenção à Gestante.....	71
Figura 15: Distribuição dos Leitos em Hospitais Psiquiátricos/ Leitos PSI / Álcool e Drogas.....	72
Figura 16: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Comunidades Terapêuticas (CT).....	72
Figura 17: Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.....	73
Figura 18: Unidades de Atenção ao Paciente Cardiológico.....	74
Figura 19: Unidades de Atenção em Nefrologia.....	74
Figura 20: Unidades de Atenção ao Paciente Neurológico.....	75
Figura 21: Unidades de Atenção em Oftalmologia.....	76
Figura 22: Rede de Assistência ao Paciente Oncológico.....	76
Figura 23: Unidades de Atenção em Traumatologia-Ortopedia.....	77
Figura 24: Leitos de UTI no RS.....	78
Figura 25: Bases do SAMU-SALVAR/RS.....	78
Figura 26: Alta correlação positiva.....	80
Figura 27: Alta correlação negativa.....	80
Figura 28: Exemplo de análise de correlação entre a oferta de serviços de Rede de Atenção à Gestante versus Índice Socioeconômico.....	81
Figura 29: Representação dos parâmetros de análise.....	83
Figura 30: Rede de Atenção à Gestante.....	84
Figura 31: Distribuição dos Leitos em Hospitais Psiquiátricos/ Leitos PSI / Álcool e Drogas.....	85
Figura 32: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Comunidades Terapêuticas (CT).....	86
Figura 33: Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.....	87
Figura 34: Unidades de Atenção ao Paciente Cardiológico.....	88
Figura 35: Unidades de Atenção em Nefrologia.....	89
Figura 36: Unidades de Atenção ao Paciente Neurológico.....	90
Figura 37: Unidades de Atenção em Oftalmologia.....	91
Figura 38: Rede de Assistência ao Paciente Oncológico.....	92
Figura 39: Unidades de Atenção em Traumatologia-Ortopedia.....	93
Figura 40: Leitos de UTI no RS.....	94
Figura 41: Bases do SAMU-SALVAR/RS.....	95
Figura 42: Resultado geral da oferta de serviços de alta complexidade no RS.....	99

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Macrorregiões de Saúde, segundo número de municípios, população e município polo, 2010 .....	52
Tabela 2: Número de unidades de atendimento por Coordenadoria Regional de Saúde .....	66
Tabela 3: Indicador de oferta de serviços por Coordenadoria Regional de Saúde para cada 100.000 habitantes .....	69
Tabela 4: Média do IDESE da FEE - conforme anexo 2 .....	70
Tabela 5: Resultado geral da oferta de serviços de alta complexidade no RS .....	97

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUNE - Aglomeração Urbana do Nordeste  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite  
CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia  
COGERE - Colegiados de Gestão Regional  
COREDEs - Conselhos Regionais de Desenvolvimento  
CRS - Coordenadoria Regional de Saúde  
FEE - Fundação de Economia e Estatística  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDESE - Índice de Desenvolvimento Socioeconômico  
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano  
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
MS - Ministério da Saúde  
NOB - Norma Operacional Básica  
NOAS - Norma Operacional da Assistência a Saúde  
PAB - Piso da Atenção Básica  
PES - Plano Estadual de Saúde  
PCCS - Comissão para elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários  
PDR - Plano Diretor de Regionalização  
PPI - Programação Pactuada Integrada  
PRAE - Programa de Regionalização Administrativa do Estado  
RMPA - Região Metropolitana Porto Alegre  
RS - Rio Grande do Sul  
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde  
SES - Secretaria Estadual de Saúde  
SGIS - Sistema Gaúcho de Informação de Saúde  
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais  
SIH - Sistema Nacional de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TLC - Teoria Lugar Central

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1 ESTUDO DA PROBLEMÁTICA.....	14
1.2 RELEVÂNCIA.....	16
<b>2 OBJETIVOS E HIPÓTESE</b> .....	18
2.1 OBJETIVO GERAL .....	18
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO .....	18
2.3 HIPÓTESE .....	18
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	19
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	20
4.1 TEORIA DAS CENTRALIDADES.....	20
<b>4.1.1 Aspectos Conceituais</b> .....	20
<b>4.1.2 Teoria da Centralidade</b> .....	22
4.2 REVISÃO SOBRE ESTUDOS DE CASO.....	25
4.2.1 Uma Análise Espacial Multivariada para Minas Gerais (MG) .....	26
4.2.2 Regionalização dos Serviços de Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial em Minas Gerais: Estrutura Corrente <i>versus</i> Estrutura Planejada .....	26
4.2.3 Distribuição Espacial das Internações Hospitalares do (SUS) de 2002 no Estado de Minas Gerais: Utilização dos Serviços de Saúde e a Distância Média Percorrida.....	27
4.2.4 Proposta de Metodologia para Selecionar Indicadores de Desigualdade em Saúde Visando Definir Prioridades de Políticas Públicas no Brasil.....	28
4.2.5 Desigualdades Regionais nos Subsistemas de Saúde em Portugal .....	28
4.3 REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL .....	29
4.4 REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	33
<b>4.4.1 Sistema Único de Saúde</b> .....	33
<b>4.4.2 Aspectos Legais</b> .....	34
<b>4.4.3 Normas Operacionais</b> .....	35
<b>4.4.4 Descentralização do SUS</b> .....	36
<b>4.4.5 Regionalização da Saúde</b> .....	38
<b>4.4.6 A Organização da Saúde no Rio Grande do Sul</b> .....	44
<b>4.4.7 Plano Estadual de Saúde</b> .....	46
<b>5 ÁREA DE ESTUDO</b> .....	48
5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA ÁREA DE ESTUDO .....	48
<b>5.1.1 Caracterização do Estado do Rio Grande do Sul</b> .....	48
<b>5.1.2 Divisão Municipal</b> .....	49
<b>5.1.3 Regiões de Planejamento</b> .....	50

<b>5.1.3.1 Conselhos Regionais de Desenvolvimento – COREDES</b> .....	50
<b>5.1.4 Regiões Funcionais de Planejamento</b> .....	51
<b>5.1.5 Regiões de Saúde</b> .....	51
<b>5.1.5.1 Densidade Demográfica</b> .....	53
<b>5.1.6 Indicadores Socioeconômicos</b> .....	55
<b>5.1.7 Serviços de Alta Complexidade</b> .....	60
<b>5.2 DESENVOLVIMENTO DA ANÁLISE</b> .....	64
<b>5.2.1 Agrupamento das Especialidades e Sua Distribuição Segundo as Regiões de Saúde</b> .....	64
<b>5.2.2 Indicadores de Relação Oferta/demanda Populacional por Especialidade e Região</b> .....	67
<b>5.2.3 Indicador Socioeconômico por Coordenadoria</b> .....	70
<b>5.2.4 Análises de Oferta de Serviços por Coordenadoria</b> .....	71
<b>5.3 CRUZAMENTOS DOS INDICADORES</b> .....	79
<b>5.3.1 Análise Através de Correlação</b> .....	79
<b>5.3.2 Apresentação do Método Adotado para a Análise da Qualificação da Oferta dos Serviços Segundo Índice Socioeconômico por Região de Saúde</b> ...	82
<b>5.3.3 Análises Segundo os Tipos de Serviços</b> .....	84
<b>5.4 Análise Conclusiva</b> .....	96
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	103
<b>7 BIBLIOGRAFIA</b> .....	106
<b>ANEXOS</b> .....	113

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa foi motivada pela experiência acumulada durante alguns anos como Gestor em Saúde e pela busca incessante dos atores regionais de suporte técnico pela construção de uma política pública de saúde, alicerçada em estudos consistentes, que trouxeram mais segurança na hora da formação de um programa ou projeto para consolidação do Sistema Único de Saúde.

A escolha do tema tem a ver com a fragilidade do serviço de saúde, onde um dos grandes gargalos é a alta complexidade. A pesquisa abordará somente o serviço SUS, fazendo a opção pela alta complexidade, porém este recorte não exclui a importância e os reflexos que os serviços da atenção básica e média complexidade têm sobre a mesma. No entanto, mesmo sendo a atenção primária a base do Sistema Único de Saúde, é na alta complexidade que cifras altíssimas de recursos financeiros são gastos anualmente. Em decorrência disso, analisar a distribuição dos serviços de alta complexidade e sua relação com um indicador que possa medir as condições socioeconômicas da população beneficiada é de suma importância, pois a lógica do sistema único estabelecida em um dos seus princípios é que quanto mais carente for a população mais oferta de serviços deve ter, razão pela qual a escolha do cruzamento dos indicadores de distribuição dos serviços de alta complexidade será pelo Índice de Desenvolvimento Socioeconômico e não pelas séries históricas epidemiológicas.

### 1.1 ESTUDO DA PROBLEMÁTICA

A prestação dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS) no país deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos assistenciais de saúde, organizados em uma rede hierarquizada e regionalizada de atenção à saúde, em níveis de complexidade crescente. O sistema de saúde municipal deve estar voltado ao atendimento integral de sua própria população e suas referências pactuadas e com grande responsabilização na gestão do SUS. O município não se isenta da responsabilidade de atender à sua população, prevista na Constituição Federal. A

ele compete, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde, que compreendem as atividades de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços; gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde.

Um dos maiores desafios dos atores envolvidos na problemática da saúde é construir um SUS eficiente, com uma rede de distribuição de serviço mais justa e equilibrada, com maior equidade, que é um dos princípios fundamentais do sistema. Embora todos os avanços e conquistas, a grande parte do planejamento das ações foram realizadas de forma precária, em especial na primeira década após a implantação do SUS, por diferentes motivos, fato este constatado mesmo recentemente, há mais de vinte anos da sua criação, conforme o relato da equipe técnica responsável pela elaboração do Plano Estadual de Saúde 2009-2011 do Rio Grande do Sul: “Uma das grandes dificuldades encontradas na elaboração do PES, foi adequar as demandas que surgiram ao fluxo do cotidiano de trabalho. Isto, aliado à inexistência de uma cultura de planejamento, contribuiu para algumas questões de ordem prática na construção do documentos; como por exemplo, principalmente no que diz respeito às análises situacionais”. É evidente que a cultura de planejamento, citada anteriormente, não é privilégio do Rio Grande do Sul. Conforme relato de vários autores, ela ocorre nos diferentes Estados da Federação, influenciando decisivamente nas definições de políticas públicas. Uma má política de gestão contribui para o agravamento das desigualdades. De acordo com LEWIS e ULPH (1987), a desigualdade social é o elemento que mais compromete o bem-estar social e o desenvolvimento global.

A forma da distribuição dos serviços de saúde, em especial o de alta complexidade do SUS, privilegia os grandes centros urbanos; sendo assim, o tema da presente pesquisa é a distribuição espacial destes serviços no Estado do Rio Grande do Sul, examinando a relação desse modelo com o quadro das desigualdades socioespacial. Ainda que os municípios possam estar agrupados homogeneamente dentro das regiões de saúde no âmbito estadual, é inquestionável que entre essas regiões existam diferenças gritantes em vários aspectos. Principalmente pela forma de acessibilidade, há um desequilíbrio, com a demanda bem acima do serviço ofertado.

A rede de saúde no Estado está dividida em sete macrorregiões e dezenove microrregiões num sistema hierarquizado desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade, estes últimos, localizados em cidades polo. Por tratar-se de serviços que envolvem alta tecnologia e alto custo, é natural que estes procedimentos (no contexto do SUS) estejam concentrados em cidades de alta densidade populacional e que reúnam infraestrutura necessária para prestação dos serviços, proporcionando acesso e qualidade aos usuários. Porém, a escassez de recursos para suprir as demandas na área de saúde em uma sociedade com enorme concentração de renda, marcada pela desigualdade social, necessita que sejam estabelecidos critérios justos de alocação de recursos priorizando a organização da atenção básica, pois uma rede descentralizada influencia diretamente nos resultados da oferta e demanda, assim como no custo saúde, tanto da média como da alta complexidade.

## 1.2 RELEVÂNCIA

Este trabalho abordará a organização da saúde no Rio Grande do Sul, em suas dezenove microrregiões, bem como analisará a distribuição espacial do serviço de alta complexidade do SUS, nessas regiões. Dessa forma, identificará a oferta dos serviços e as deficiências regionais, na totalidade dos municípios gaúchos credenciados pelo SUS, os quais fazem parte da rede de assistência.

A busca de soluções para suprir as necessidades da saúde cabe aos atores regionais, em especial, aos municípios; para tanto, bons diagnósticos, métodos, recursos financeiros e articulação são condições essenciais.

Segundo TALEN e ANSELIN (1996), a literatura, quando aborda distribuição dos serviços públicos, concentra maior atenção na discussão conceitual, não dedicando uma atenção particular para a importância do método com vistas à obtenção de resultados específicos, tal como a distribuição uniforme dos serviços para toda a população. Contudo, faz-se necessária uma metodologia que traduza os conceitos sobretudo para a discussão no campo teórico.

A magnitude das desigualdades e os recursos escassos no Brasil impõem que as prioridades para a gestão pública sejam embasadas em conhecimento sobre a natureza das desigualdades sociais em saúde e sobre o impacto social de políticas, programas, projetos e ações públicas sobre a saúde e seus determinantes,

(DRACHER et al., 2003 ). A presente pesquisa no Rio Grande do Sul dos serviços do Sistema Único de Saúde visa contribuir para uma melhor distribuição dos serviços de alta complexidade, facilitando a gestão pública na elaboração de uma agenda de ações governamentais comprometida com a promoção da equidade em saúde.

Espera-se que os resultados oriundos deste trabalho possam ser conclusivos e que sirva para aprofundar a discussão sobre a distribuição espacial dos serviços de saúde no Estado, nos seus aspectos técnico, gerencial-administrativo e político, contribuindo, desta forma, para o aperfeiçoamento do planejamento territorial e consolidação do SUS, e, conseqüentemente, otimizar a distribuição dos serviços públicos, antecipando-nos a ocorrência de desigualdades sociais em saúde, no âmbito estadual, proporcionando melhor qualidade nos serviços e contribuindo para a qualidade de vida dos cidadãos.

## **2 OBJETIVOS E HIPÓTESE**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a distribuição regional dos serviços de saúde de alta complexidade, considerando suas relações com as características do quadro de desigualdades socioespaciais no Estado do Rio Grande do Sul.

### **2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

Comparar a distribuição espacial dos serviços de saúde entre as regiões, com a distribuição espacial das desigualdades sociais.

### **2.3 HIPÓTESE**

A distribuição regional dos serviços de alta complexidade do SUS no Estado do Rio Grande do Sul apresenta inadequação se avaliada segundo técnicas de análise regional que considere as diferenciações socioespaciais das demandas.

### **3 METODOLOGIA**

Para a elaboração deste trabalho, inicialmente, foi procedido um levantamento documental referente à bibliografia especializada quanto à distribuição espacial dos serviços de saúde de alta complexidade, abordando casos no Brasil, como constou nos capítulos precedentes. Após, em fase dedicada ao estudo de caso da presente dissertação, examinaram-se os documentos do SUS, pertinentes ao tema, nas dezenove microrregiões que compreende as coordenadorias de saúde no Rio Grande do Sul.

Os dados coletados nas dezenove microrregiões serão descritos conforme os serviços disponíveis por especialidade de alta complexidade e da população de cada região, criando-se indicadores de oferta.

A tabulação dos resultados será apresentada com tabelas e figuras através da elaboração de gráficos com auxílio do programa Excel e software Bioestat 5.

As características das desigualdades socioespaciais serão identificadas a partir do Índice de Desenvolvimento Socioeconômico, elaborado pela Fundação de Economia e Estatística, com a elaboração de seus valores segundo a regionalização própria para o presente estudo. Em etapas seguintes serão feitas comparações entre os quadros de oferta dos serviços no sentido de verificar a hipótese da pesquisa, que questiona a adequação das relações entre a oferta dos serviços e a demanda qualificada segundo o índice socioeconômico.

## **4 REVISÃO DA LITERATURA**

Inicialmente, a revisão de literatura aborda aspectos conceituais de cidade, região e tipos de região. Seguida de uma abordagem geral sobre a Teoria da Centralidade.

Na sequência, apresenta um levantamento dos estudos de casos já realizados sobre o tema, que foram examinados em diversos aspectos no qual serviram para o embasamento do método utilizado. Foram analisados cinco estudos referentes à oferta de serviços de saúde conforme o embasamento teórico, conceitos básicos usados, unidades de análise, dados e técnica de análises.

A respeito da Regionalização do Estado do Rio Grande do Sul, descreve um breve histórico das fases de regionalização do Estado.

Quanto à regionalização da saúde, apresenta uma revisão mais aprofundada sobre o tema, desde a sua caracterização, seus aspectos legais contemplando seus princípios e diretrizes, as normas operacionais que integra as três esferas de governo: União, estados e municípios, a descentralização do SUS, a regionalização de saúde, o pacto pela saúde, tendo a descentralização e regionalização da saúde como principais ferramentas do SUS.

Finalizando, será descrito como o sistema de saúde está organizado no Rio Grande do Sul, pelo Plano Diretor de Regionalização, a divisão das regiões em coordenadorias e como se apresenta o Plano Estadual de Saúde.

### **4.1 TEORIA DAS CENTRALIDADES**

#### **4.1.1 Aspectos Conceituais**

O conceito legal de cidade e conceitos de região. A cidade é definida de formas diferentes de acordo com a trajetória do autor ou a necessidade do problema posto.

Do ponto de vista legal brasileiro, a definição institucional para designar a cidade é a de município, ente federado explicitamente definido pela Constituição

Federal de 1988 (BRASIL, 1988). O município – criado por leis ordinárias das assembleias legislativas de cada Unidade da Federação e sancionado pelo governador (BRASIL, 2002) – é composto por sede e distrito(s). A área urbana é aquela contida no perímetro urbano, definido pela lei orgânica do município.

Todavia, utiliza-se indiferentemente o termo *cidade* para se referir ao município, e vice-versa – como se pode observar nas denominações Ministério das Cidades ou Estatuto das Cidades (Lei n° 10.257, de 10 de julho de 2001).

Da mesma forma, é comum se tratar a cidade como o *urbano*. Como visto, porém, a área urbana é somente aquela contida no perímetro definido em lei, esteja ela urbanizada ou não.

Explique-se: é costumeiro se referir à *área urbanizada* como aquela que é parcelada (segundo as diretrizes gerais mínimas da Lei de Parcelamento do Solo Urbano – Lei n° 6.766, de 19 de dezembro de 1979) e contém elementos básicos de circulação, detalhamento de quadras e lotes, e definições de localização de áreas públicas.

A região, por sua vez, é sempre um recorte territorial que pode ser teórico ou administrativo, conceitual ou simbólico. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) define oficialmente cinco grandes regiões – o termo macrorregião não existe para a divisão territorial do Brasil, 137 mesorregiões e 558 microrregiões (BRASIL, 2002), que têm caráter administrativo e de planejamento.

Dada a própria definição de porção do território, há várias acepções e usos para as regiões. Os três conceitos mais utilizados (FERREIRA, 1989) incluem:

a) *regiões homogêneas* – nas quais há maior similaridade entre aspectos internos, e dissimilaridade entre regiões;

b) *regiões polarizadas* (PERROUX, 1949) – nas quais um polo ou centro organiza a região, cujas fronteiras são mais difusas;

c) *regiões de planejamento ou regiões-plano* – cuja função primordial é servir de operacionalização ao planejamento proposto.

É justamente a definição de regiões de planejamento que suscita maior multiplicidade de usos. As regiões que atendem às questões ambientais – de biomas ou de bacias, por exemplo – são diferentes daquelas desenhadas para atender à saúde ou educação. Ou seja, funções distintas podem requerer recortes diferenciados do território. Isto não equivale a dizer, todavia, que há que se ter uma proposta de região para cada feição de planejamento.

#### 4.1.2 Teoria da Centralidade

A articulação urbano-regional se fortifica principalmente pelo conceito de região polarizada, segundo o qual o urbano, a sede-cidade, o polo organiza seu entorno, sua hinterlândia, suas áreas complementares (CHRISTALLER, 1966). Segundo esta ênfase de análise da cidade-região. O urbano organiza o território por meio da prevalência do setor de serviços e da indústria, havendo interdependência territorial entre as partes. É, portanto, na função precípua da *pólis* cívica – a cidade como centro de poder – que as questões regionais são definidas.

Neste contexto de relações entre a cidade e a região, pode-se considerar que a urbanização é extensiva a todo o território com acesso aos serviços urbanos (MONTE MOR, 2006). Assim, a definição de urbano por contraste ao rural, agora incorporado às relações produtivas e comerciais, perde poder explicativo.

A contribuição de Walter Christaller, geógrafo alemão, representa um avanço nas formulações teóricas referentes à problemática regional. Ele se preocupa com os princípios de ordenamento que regem a distribuição espacial de núcleos urbanos e seu conjunto, tratando não apenas das cidades propriamente ditas, mas também de seu entorno, trabalha conceitos bastante elaborados, como centralidade, região complementar e hierarquia. Tais conceitos compõem os alicerces de sua Teoria do Lugar Central, cuja riqueza de desdobramentos até hoje em pesquisas demonstra a importância do papel pioneiro desse geógrafo.

Para CHRISTALLER (1966), a noção de região está intimamente ligada à função da cidade, que é a de se constituir no centro de uma região.

Outro ponto da contribuição de CHRISTALLER (1966), que nos parece importante é o significado de sua noção de hierarquia. Ela revela fenômeno que pode ser verificado na prática, mesmo atualmente e em diferentes países do mundo. Além do que, noção de denominação nos parece de fundamental importância no estudo do conceito de região, principalmente no que se refere aos chamados desequilíbrios regionais.

Em síntese, a Teoria do Lugar Central baseia-se na discriminação de uma hierarquia de lugares, em que se observa uma centralização e uma rede de interdependência. Essa centralização está relacionada à capacidade de produção de bens e serviços (oferta de mercado), bem como seu atendimento demanda de mercado, tanto internamente como para outras localidades. Diante disso, a

dimensão geográfica fica subordinada à dimensão econômica. Isso porque o grau de centralidade do lugar será influenciado, no lado da oferta, pelos custos de produção e distribuição, entre eles, tempo de deslocamento, economias de escala, e no lado da demanda pelos custos de acesso. Portanto, fatores como facilidade de acesso e uma boa infraestrutura de comunicação tornam-se decisivos para a centralidade.

A partir da existência dessa diferenciação e complexidade na oferta de serviços, cabe procurarmos elementos teóricos que instruem sua interpretação. Nesse sentido, a chamada Teoria do Lugar Central (TLC) e seus desdobramentos contemporâneos, são um valioso referencial teórico para a análise da distribuição espacial dos serviços de saúde no Estado.

A obra de Milton Santos (1996) constituiu uma relevante contribuição para a uma temática da rede urbana. Já na década de 1970, analisava as modificações nos sistemas de produção brasileira e das redes, por meio de dois sistemas que denominou circuitos superior e inferior.

Uma das questões que SANTOS (1996), muito tem discutido trata da urbanização brasileira e da reestruturação espacial que temos passado nesse recente período, caracterizado pelo desenvolvimento da ciência, tecnologia e informação, bem como a “função” que cada centro passa a assumir na rede. Para esse autor, uma rede urbana é o resultado de um equilíbrio instável de massas e de fluxos, “cujas tendências à concentração e à dispersão, variando no tempo, proporcionam as diferentes formas de organização e de domínio do espaço pelas aglomerações” (SANTOS, 1989).

Tradicionalmente, a Geografia descritiva isolava diferentes funções e estabelecia uma classificação de cidades de acordo com uma ou várias funções determinantes. Todavia, para SANTOS (1989), é preferível uma distribuição segundo o grau de evolução das cidades, mas isso não nos deve dispensar de reconhecer centros com função preponderante ou de liderança.

Na análise do autor, os dois circuitos da economia interferem na rede de localidades centrais, estruturando-a de modo que cada centro atue simultaneamente nos circuitos, dispondo de duas áreas de influência. Essa interferência se faz, em realidade, mediante mecanismos básicos de estruturação da hierarquia urbana, com alcance espacial mínimo e máximo, em três níveis de centros: a metrópole, a cidade intermediária e a cidade local.

A cidade local atua efetivamente por meio do circuito inferior, enquanto a metrópole o faz pelo superior; as cidades intermediárias ficam numa posição de centralidade, que lhes é fornecida pelos dois circuitos, em que, ora um tem maior importância, ora o outro.

Convém ainda esclarecer que o circuito inferior é constituído por atividades que não dependem de capitais de modo intensivo e possui uma organização primitiva, tal como a fabricação de bens, certas formas de comércio e serviços que não exigem especializações e atende, sobretudo, a população de baixa renda.

No seu estudo, CORRÊA (1989), procura identificar a natureza e o significado da rede urbana, levando em consideração fatores como a divisão territorial do trabalho, as relações entre a rede urbana e os ciclos de exploração, bem como a forma espacial desta.

Quanto à materialização da rede urbana, o autor argumenta que “os processos sociais que definem e redefinem uma rede urbana não atuam por igual em toda a sua extensão”, ou seja, há seguimentos da rede que incorporam vários momentos da história e/ou do presente, portanto, verifica-se que a periodização ocorre de modo espacialmente desigual (CORRÊA, 1989).

Em razão de desigual espaço-temporalidade dos processos sociais, de que CORRÊA (1997), considera a rede urbana um reflexo e uma condição, pode-se verificar a existência de diversos tipos de redes, de acordo com o padrão espacial, a complexidade funcional dos centros e o grau de articulação interna e externa de cada rede.

Nesse sentido, manter a posição na hierarquia urbana requer, portanto, capacidade de inovação, pois, dessa forma, as funções econômicas, que decorrem cada vez mais da capacidade de inovar, permitem apontar outras classificações mais elaboradas com base no nível de desenvolvimento econômico e nas estruturas mais ou menos complexas dos centros urbanos.

O modelo de Christaller apresenta-se como uma situação ideal, utilizando-se somente da função de distribuição dentre os diversos papéis que são desempenhados pelos núcleos urbanos.

O papel da funcionalidade, destacado por SANTOS E CORRÊA anteriormente, somado a uma estrutura instável e dinâmica dos países subdesenvolvidos, revela novas configurações significativas para as redes urbanas. As melhorias nos transportes e telecomunicações têm encurtado o tempo e as

distâncias entre os centros. O espaço geográfico torna-se virtual para diversas relações, mas, em nenhum momento, perde sua importância, pois não deixa de existir.

As características da teoria de Christaller estão presentes entre os centros, tanto nas relações de distribuição regionais como nos moldes da rede dendrítica, onde a cidade polo reúne as principais funções do hinterland, formando uma hierarquia piramidal rígida.

Mas ainda existem necessidades básicas quanto aos serviços de saúde, de educação e de prestação de serviços especializados (para o campo), denotando a existência de uma hierarquia ativa, cujos pequenos núcleos do hinterland são polarizados por uma cidade mais equipada. No entanto, essas atividades não ficam presas a um único polo urbano, visto que, no atual período, centros de diversos tamanhos complementam-se e nada impede que esse fluxo populacional consumo serviços em centros de porte, funções e localizações variadas.

Outra importante consideração é a prestação de serviços de saúde que é composta por serviços básicos, que são de utilização frequente e envolvem menores custos, e de serviços complexos que, por envolverem maior tecnologia e menor densidade espacial de demanda, estão sujeitos a economias de escala em sua oferta, (VLAHOV; GÁLEA, 2002). Isso leva a um processo de regionalização e pactuação entre os gestores municipais e coordenadorias de saúde, observando as referências regionais e as interrelações municipais.

#### 4.2 REVISÃO SOBRE ESTUDOS DE CASO

Este objeto trata de estudos anteriores realizados por diversos autores que contribuíram para melhor entendimento do tema, representando o estado da arte em termos de aplicações em diversas regiões no âmbito nacional e um caso internacional. Os estudos que seguem serão examinados levando em conta os diversos aspectos, tais como embasamento teórico, seus conceitos, unidade de análise, dados e técnicas de análise, servindo para o embasamento da opção de método e respectivos a considerar. São os seguintes:

#### 4.2.1 Uma Análise Espacial Multivariada para Minas Gerais (MG)

O trabalho realizado por SIMÕES, GUIMARÃES, GODOY, VELLOSO, ARAÚJO, GALINARI, CHEIN, sobre Rede Urbana da oferta de Serviços de Saúde: “Uma Análise Espacial Multivariada para Minas Gerais”, que teve como:

a) Embasamento teórico: Teoria dos Lugares Centrais (TLC) – (CRISTALLER, 1933, ULLMAN, 1970-1941, RICHARDSON, 1969, BERRY *et al*, 1988, LÖSCH 1940), entre outros.

b) Conceitos básicos utilizados: descentralização, sistema hierarquizado, organização espacial e equidade.

c) Unidades de análise: Rede urbana dos serviços de saúde dos 846 municípios de Minas Gerais.

d) Dados: Pesquisa Médico Sanitária (AMS) 2002 - IBGE 1999, Conselho Regional de Medicina, Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).

e) Técnica de análise: Cluster analysis e análise exploratória de dados espaciais (AEDE).

O objetivo desse trabalho foi analisar a distribuição espacial da rede urbana da oferta de serviços de saúde no Estado de Minas Gerais para o ano de 2002. A suposição básica é que a distribuição dos serviços responde a uma organização espacial conforme redes urbanas hierárquicas sub-regionais, com nítida prevalência de Belo Horizonte como lugar central de primeira ordem e a existência de centros urbanos de ordem inferior, distribuídos geograficamente pelo território mineiro, atendendo – de forma desigual – à demanda por serviços de saúde. Pelos dados analisados, concluíram que há uma grande quantidade de municípios com escassa oferta de serviços de saúde.

#### 4.2.2 Regionalização dos Serviços de Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial em Minas Gerais: Estrutura Corrente *versus* Estrutura Planejada

Conforme Oliveira, Simões e Andrade que analisaram o acesso a serviços de maior complexidade/custo por meio da distribuição geográfica destes e da população demandante. Essa análise utilizou, para delimitação das áreas de influência, o critério de maior fluxo direto aos polos selecionados e outras duas

abordagens na definição de municípios polos (elegidos pelo Plano Diretor de Regionalização e maiores recebedores de demanda externa). Distorções em relação ao planejamento proposto e graves problemas de iniquidade no acesso foram encontrados, inclusive com a necessidade de grandes deslocamentos da população demandante, principalmente daquela caracterizada por piores condições econômicas, restringindo ainda mais sua possibilidade de deslocamento.

a) Embasamento teórico: Teoria do Lugar Central CRISTALLER (1996), LÖSCH (1967), Equidade no acesso e o sistema de regionalização de saúde WHITEHEAD (1992), TRAVASSOS (1997).

b) Conceitos básicos utilizados: Teoria Lugar Central, equidade, Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, sistema hierarquizado e regionalizado.

c) Unidades de análise: municípios polos.

d) Dados: Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).

e) Técnica de análise: modelo gravitacional adaptado ao modelo migratório.

#### **4.2.3 Distribuição Espacial das Internações Hospitalares do (SUS) de 2002 no Estado de Minas Gerais: Utilização dos Serviços de Saúde e a Distância Média Percorrida**

O objetivo desse trabalho foi descrever e mapear os deslocamentos por tipo de procedimento (alta, média complexidade, estratégicos e psiquiátricos), que buscariam atendimento pelo SUS em MG, em 2002, e calcular a distância média percorrida, buscando observar como a utilização dos serviços de saúde varia segundo esses procedimentos em cada município e macrorregião de saúde.

a) Embasamento teórico: Teoria dos Lugares Centrais (TLC) CRISTALLER, Estudo de fluxo de pacientes segundo RODRIGUES E ALFRADIQUE (2001), OLIVEIRA et al (2004), GIVISIEZ (2001).

b) Conceitos básicos utilizados: regionalização do SUS, descentralização de saúde, organização e atenção da gestão, rede hospitalar e fluxo de pacientes e complexidade de procedimentos.

c) Unidades de análise: nível municipal e macrorregiões de saúde – fluxo entre os municípios.

d) Dados: informações registradas nos formulários de AIHS processadas pelo SIH/SUS, ano de 2002.

e) Técnica de análise: foram construídas matrizes de fluxo de pacientes intermunicipais e calculada a distância entre os municípios através do software Spring, utilizando a malha rodoviária de MG.

#### **4.2.4 Proposta de Metodologia para Selecionar Indicadores de Desigualdade em Saúde Visando Definir Prioridades de Políticas Públicas no Brasil**

O objetivo foi sistematizar informações sociais e de saúde para diferentes áreas territoriais, como município, coordenadorias regionais e macrorregionais de saúde, visando auxiliar os gestores estaduais a estabelecerem critérios de alocação de recursos financeiros, materiais e humanos e a priorizarem políticas, programas e projetos em diferentes áreas do território.

a) Embasamento teórico: Pesquisas avaliativas para qualidade da gestão pública, TOWNSEND E DAVIDSON (1982), TOWNSEND ET AL (1992), ACHESON (1998).

b) Conceitos básicos utilizados: desigualdade em saúde, gestão pública, equidade dos indicadores de saúde e sociais.

c) Unidades de análise: microrregiões (19) e as macrorregiões (7) em saúde do RS.

d) Dados: Data SUS, IBGE, FEE, Secretaria Estadual de Saúde.

e) Técnica de análise: Seleção de indicadores de desigualdade em saúde entre as áreas territoriais, método Rawp (Resource Allocations Working Party).

#### **4.2.5 Desigualdades Regionais nos Subistemas de Saúde em Portugal**

O sistema de saúde português caracteriza-se pela existência de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) com uma boa rede de cuidados primários de saúde e uma razoável rede hospitalar. Além do SNS, que cobre cerca de 10 milhões de habitantes, existem vários subsistemas privados de Saúde, sendo que os principais cobrem cerca de mais 1,6 milhão de habitantes, alguns de forma simultânea com o SNS. Entre eles, o ADSE (Proteção Social aos Funcionários e Agentes da

Administração Pública, (FMM) Forças Militares e Militarizadas, SAMS, Serviço de Assistência Médica Social dos Bancários.

O objetivo da pesquisa foi analisar a existência de equidade de acesso entre as regiões geográficas portuguesas, para saber se cobertura era uniforme ou se algumas regiões estariam a utilizar mais o SNS devido ao fato de não existirem outros subsistemas, os quais concentram-se mais na região de Lisboa.

a) Embasamento teórico: princípio básico da equidade defendido por diversos autores, por exemplo, RAWLS (1972), CULYER (1976), MAYNAND (1981), GRAY (1982), MODNEY (1986), RITCH (1994) e POLLOCK (1995).

b) Conceitos básicos utilizados: equidade, acessibilidade e igualdade.

c) Unidades de análise: as diversas regiões geográficas portuguesas.

d) Base de dados utilizados: Instituto Nacional de Estatística (INE), Inquérito Nacional de Saúde (INS), 1995, 1996, Utilização de dados dos subsistemas – (SNS), ADSE, FMM, SAMS.

e) Técnica de análise: uso de questionários, entrevistas utilizando como método de cálculo o coeficiente de Gini.

#### 4.3 REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Este item abordará, numa visão histórica sucinta, o contexto no qual se geraram as propostas de regionalização, buscando identificar os principais fatores que, inicialmente, podem ser agrupados segundo os campos e ênfases de ordem: a) técnica (relativa a dimensionamentos e escalas); b) gerencial-administrativa e c) política. A compreensão da composição desses fatores permitirá conduzir as análises voltadas para o objeto da presente pesquisa.

O debate sobre o tema da regionalização é clássico na economia regional, no planejamento regional e no campo da gestão pública em geral. Para RICHARDSON (1975), por exemplo, as alternativas para estabelecer critérios plausíveis de regionalização do território envolvem desde a simples aceitação da divisão regional preexistente, a partir de critérios tipicamente governamentais ou adotar, no outro extremo, o paradigma neoclássico do espaço isotrópico, neutro e homogêneo, dividindo-o da forma que mais convier aos interesses do pesquisado, ou conforme o objeto pesquisado.

As tipologias básicas: região homogeneia, região polarizada e região de planejamento, já comentadas por BOUDEVILLE (1973), não eliminam as dificuldades básicas na delimitação regional: a ambiguidade decorrente do fato de que qualquer extensão de terra pode ser organizada num sistema hierárquico de diferentes tamanhos e conexões e o risco de distorções nas relações inter-regionais, caso a divisão regional não contemple toda extensão de uma formação econômica específica a ser estudada (uma economia nacional, por exemplo). Eis a questão da contiguidade (ALONSO, 1986).

No Rio Grande do Sul, as regionalizações oficiais foram sendo propostas ao longo do tempo sem muitos critérios, pois as diversas regionalizações hoje existentes atendem muito mais aos interesses específicos de Secretarias, Autarquias e outros órgãos estaduais distintamente, e não ao Governo Estadual como um todo. Assim, só para citar um exemplo, a regionalização utilizada pela Secretaria de Agricultura difere da regionalização considerada pela Secretaria de Educação, Saúde, da Justiça, da Companhia Riograndense de Saneamento, (SIEDENBERG, s/d).

Além disso, existem outras regionalizações institucionais que tomam o cenário político e administrativo complexo e confuso.

De um modo geral, as regionalizações empreendidas no Rio Grande do Sul são caracterizadas pelo seu caráter passageiro, que se explica, em parte, pelas frequentes alterações da demarcação regional decorrente das emancipações e, sobretudo pelas constantes alterações de poder e interesse no quadro político-administrativo.

Nesse sentido, MUNHOZ (2007), realizou um levantamento e avaliação crítica dessas principais divisões territoriais já elaboradas para o Estado do Rio Grande do Sul, com o objetivo de subsidiar e orientar o planejamento de desenvolvimento do território e a gestão pública.

Para MUNHOZ (2007), é relevante o papel desempenhado pelas regiões e, conseqüentemente, por seus agentes, sobretudo a população residente em geral no conjunto do território.

Conforme TONI & KLARMANN, as várias delimitações regionais produzidas ao longo dos anos são fruto, na maioria das vezes, do trabalho isolado dos órgãos setoriais do governo, que não mantêm uma articulação orgânica entre si (apesar de formalmente pertencerem ao mesmo nível executivo), o que facilitaria sobremaneira

esse tipo de trabalho. Com isso, tem-se uma delimitação regional específica para o órgão estadual da Educação, para as Coordenadorias Regionais da Saúde, para os Escritórios Regionais de Obras Públicas, para as Delegacias Regionais de Polícia, para cada órgão setorial. Essas divisões regionais são, na verdade, delimitações territoriais da programação destes órgãos, não chegando a constituir uma regionalização propriamente dita, no sentido geográfico do conceito. Porém, pela importância que adquire a cada dia o acesso do cidadão aos serviços básicos oferecidos pelo Estado, é fundamental que estes estejam articulados, tanto operacionalmente, como espacialmente. A incompatibilidade gera uma fragmentação da ação pública pelo território, causando sobreposições de programas, ineficiência administrativa e aumento do custo de operação. Além disso, por parte das comunidades, há dificuldade em reconhecer os centros de referência, já que eles mudam de acordo com as regiões de abrangência de cada órgão, aumentando o tempo e o custo dos deslocamentos. Porém, a funcionalidade e o bom gerenciamento desses processos individualizados é que tornam legítimos, em quanto uma regionalização única teria dificuldade de execução.

A sobreposição de diferentes regionalizações fez surgir alguns trabalhos que objetivavam a compatibilização, dos quais discutiremos com mais detalhe aqui duas proposições já mencionadas: uma da década de 70 e outra da década de 80, (TONI, KLARMANN).

O primeiro estudo constitui-se numa proposta abrangente, de nome Regionalização (Proposição de Organização Territorial do Estado para fins de Programação Regional e Urbana), datada de 1974, organizada pela Secretaria do Desenvolvimento Regional e Obras Públicas, sob a coordenação da Geógrafa Olga Becker, com a assessoria técnica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse trabalho tinha como objetivo maior a estruturação de bases territoriais para a programação regional do Estado (RIO GRANDE DO SUL, 1974), apresentando um modelo único de regionalização para utilização dos setores governamentais, concebido através da eleição de quatro indicadores-síntese para os centros urbanos Estruturar as bases territoriais e propor um modelo único de regionalização: a centralidade administrativa, tamanho funcional, grau de acessibilidade das cidades e grau de comunicabilidade.

A outra proposição refere-se ao Programa Estadual de Descentralização Regional, criado pelo Decreto n.º 32.567, de 2 de junho de 1987, com o objetivo de

“definir a regionalização do Rio Grande do Sul e implementar a descentralização das atividades setoriais da Administração Estadual direta e indireta, com base em regiões territoriais” (RIO GRANDE DO SUL, 1988:11). O programa visava definir uma divisão regional do Estado que promovesse uma ação coordenada e eficaz por parte dos órgãos públicos, ampliando a integração entre o governo estadual, os municípios e a comunidade local. Almejava-se com isso ampliar a participação das comunidades locais no processo político-administrativo do Estado, criando condições para a formulação de prioridades regionais que pudessem ser incorporadas ao planejamento regional e ao orçamento dos órgãos estatais.

De acordo com IBGE (1989), as diferentes unidades político-administrativas, como Município e Unidade da Federação, e divisões regionais, como Mesorregião e Microrregião, foram instituídas pela Resolução da Presidência do IBGE nº. 11, de 5 de junho de 1990, publicada no Boletim de Serviço da Instituição nº. 1.774, semanas 026 a 030, ano XXXVIII, de circulação interna.

A partir de 1991, quando começam a ser estruturadas, passam a ter significativa importância na regionalização do Estado, passando a ser utilizadas como base para o planejamento governamental.

Os conselhos regionais de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul (COREDEs) foram criados com a finalidade de suprir a falta de instâncias de articulação regional no Estado, constituir e aprofundar a compreensão dos problemas regionais, em canais de comunicação com a administração pública, que possibilitassem a participação da comunidade na formulação e na implementação de iniciativas voltadas para a promoção do desenvolvimento regional.

Programa de Regionalização Administrativa do Estado – PRAE (1999): instituído pelo Decreto nº. 40.349, reconhece os COREDEs como Regionalização de Referência para toda a administração direta e indireta, buscando coordenar a compatibilização destas diferentes referências territoriais de cada órgão, sempre considerando as regiões como múltiplos ou submúltiplos das regiões de referência.

Projeto Rumos 2015 (2005) – Integra um conjunto de iniciativas de combate às desigualdades regionais, no âmbito do Programa de Apoio ao Planejamento e à Formulação de Políticas Estratégicas para a Economia do Rio Grande do Sul, a Secretaria de Coordenação e Planejamento do Rio Grande do Sul desenvolvido por iniciativa e sob a supervisão da Secretaria e Planejamento do Governo do Estado. O

programa é estruturado em dois grandes eixos: Ordenamento Territorial e Desenvolvimento Regional e Logística de Transportes.

#### 4.4 REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde é um dos bens mais importantes para a qualidade de vida do ser humano. Moraes sintetiza a noção de saúde, afirmando que:

“Saúde não se limita às ações de ordem médica, mas remete a história social, que expressa a qualidade de vida num contexto histórico e geográfico, envolvendo dimensões políticas, econômicas, culturais, sociais, institucionais, educacionais, previdenciárias, habitacionais, alimentares etc. Saúde é um resultado da ação e da tensão articulada de diferentes setores dos gestores sociais em face das políticas de Estado (Moraes, 1997, p.51)”.

A saúde é um direito fundamental do ser humano, ressaltado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal de 1988, que estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas. Ressalta os princípios de universalidade e de igualdade. Determina ao Poder Público sua regulamentação, fiscalização e controle. Define uma estrutura organizacional regionalizada e hierarquizada, diretrizes, fontes de financiamento e atribuições das três esferas de governo, e ainda a participação da iniciativa privada (CF, 1988).

##### 4.4.1 Sistema Único de Saúde

“O Sistema Único de Saúde é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestado por órgãos e instituições público federais, estaduais e municipais e, complementarmente por iniciativa privada que se vincule ao sistema” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

##### *Sistema*

“É formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, estados e municípios) e pelo setor privado contratado e conveniado, usando as mesmas normas do serviço público, como se fosse um único corpo” (Rodrigues neto, E. 1994).

### *Único*

Tem a mesma doutrina e a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional e é organizado de acordo com a mesma sistemática.

#### **4.4.2 Aspectos Legais**

A Constituição Federal define, em seu artigo 195, que “A saúde é direito de todos e dever do Estado” e, no Artigo 198, que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade” (CF, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal nº8080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 7º, reafirma as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição e define competências frente à criação de redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde, nas quais a direção municipal do SUS deve participar do planejamento, programação e organização, em articulação com sua direção estadual.

#### *Princípios e Diretrizes do SUS:*

*Universalidade:* a saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas, cabendo ao Estado assegurar esse direito;

*Equidade:* princípio de justiça social, procura tratar desigualmente os desiguais e investir onde há mais necessidade;

*Integralidade:* considera a pessoa como um todo. Pressupõe a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação e a integração entre as demais políticas públicas;

*Descentralização e Comando Único:* descentralização de poder e de responsabilidades entre as esferas de governo. É sinônimo de municipalização;

*Regionalização e Hierarquização:* os serviços devem ser organizados em uma área geográfica por níveis de complexidade crescente;

*Participação Popular:* por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, com o objetivo de formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Conforme a Lei 8.080 (1990), o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do âmbito local ao federal, compatibilizando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos. Tendo como base da programação os planos de saúde em cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

Para que municípios, estados e o DF recebam recursos financeiros referentes à saúde deverão contar com: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; Plano de Saúde; Relatórios de Gestão; Contrapartida dos recursos para a saúde no respectivo orçamento; Comissão para elaboração do Plano de Carreira, Cargos e salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para a sua implantação; Conferência de Saúde ;Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS.

#### **4.4.3 Normas Operacionais**

Criadas com a função de definir aspectos operacionais da implementação do SUS.

Promoveram a integração entre as três esferas de governo;

Propiciaram a descentralização, transferindo para estados e municípios responsabilidades até então concentradas no nível federal.

A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB SUS 01/93), em sua introdução, aponta a regionalização como um dos pressupostos que fundamentam a construção do SUS, “entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciarem ou estabelecerem qualquer outra relação de caráter cooperativo”.

A Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB SUS 01/96) dá pouca ênfase à regionalização, mas estabelece instrumentos de planejamento para a conformação de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços e para a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI), que deve ocorrer de modo ascendente e com base municipal. Reforça a cooperação técnica e financeira do

estado com os municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização e a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

As Normas Operacionais da Assistência à Saúde do SUS 01/ 2001 e 01/2002 (NOAS SUS 01/2001 e NOAS SUS 01/2002), a primeira estabelece estratégias de planejamento para a constituição de redes regionais de saúde com o objetivo de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde”. Introduz a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões, expressas no Plano Diretor de Regionalização (PDR). A necessidade de revisão de alguns aspectos da NOAS SUS 01/2001 levou o Ministério da Saúde (MS) a editar a NOAS SUS 01/2002 que, em termos gerais, não alterou as diretrizes preconizadas pela NOAS SUS 01/2001.

#### **4.4.4 Descentralização do SUS**

Para VIANA (2008), os ciclos podem ser identificados no processo de descentralização do SUS, levando-se em consideração o perfil de financiamento, o fomento ao fortalecimento das estruturas subnacionais, o ambiente intergovernamental e a conformação de pacto nacional e de políticas regionais.

O primeiro ciclo é nacional e extrapola a área da saúde quanto a conjuntura de democratização dos anos 80, favorecendo a crítica ao modelo centralizador e autoritário de condução das políticas públicas. A descentralização torna-se, então, bandeira liderada pelos movimentos estaduais e municipais em prol de maior autonomia decisória e financeira. Ela é proposta como um mecanismo de aceleração da redemocratização do país no contexto de um ambiente governamental cooperativo, isto é, os Estados e os Municípios se unem para elaboração de uma nova constituição e organização do poder democrático.

O segundo ciclo começa na primeira metade da década de 90 e caracteriza-se pelas tentativas de fortalecimento da gestão municipal apoiado pelo maior aporte de recursos para os entes municipais. Nesse ciclo, o processo de descentralização baseia-se nas transferências fiscais e setoriais do SUS, não distributivas, pois são fortemente dependentes da capacidade de produção e faturamento do serviço de saúde. Houve, também, avanços com a criação de um ambiente intergovernamental, com a instituição das Comissões Intergestores como a Tripartite – CIT em âmbito nacional e as Comissões Intergestores Bipartite – CIBs em âmbito estadual.

O terceiro ciclo é aquele inaugurado pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), que inicia um processo distributivo por meio das transferências per capita e por programa como o Piso da Atenção Básica – PAB, fixo e variável, e incentivos para a adoção do Programa Saúde da Família – PSF. Para LIMA (2007), essas novas medidas de financiamento favorecem as regiões Norte e Nordeste, justamente as mais empobrecidas do país e com grandes dificuldades na condução das políticas de saúde.

Segundo VIANA, LIMA & OLIVEIRA (2002), as estratégias de descentralização implantadas até a década de 20 mostraram-se frágeis ante os agudos conflitos federativos num contexto de retenção fiscal e herança de desigualdades econômicas e sociais.

O quarto ciclo teve início na virada dos anos 2000, com a edição da NOAS – SUS 01 de 2001 e 01 de 2002, que enfatizou o processo de regionalização do SUS como estratégia fundamental para ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde, baseada, sobretudo, na distribuição e organização dos serviços no território. Existe um estímulo ao planejamento regional no âmbito dos Estados, com a instituição do Plano Diretor da Saúde – PDR, vinculando a ele o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada Integrada – PPI.

Em 2006, com o lançamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), novas diretrizes são preconizadas para a regionalização do sistema de saúde, baseadas num fortalecimento da pactuação política entre os entes federados, sobretudo no âmbito municipal e na diversidade econômica, cultural e social das regiões do país para a redefinição das “regiões de saúde”.

Para ASSIS-BRASIL (2001), a efetiva concretização da descentralização do serviço de saúde, necessita de um suporte maior para garantir a “atenção integral da população”, isso ultrapassa suas áreas de competência. São serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, de alta complexidade que, em virtude dessas características, não comportam ser instaladas em áreas restritas. A organização de uma rede para organizar esses serviços é atribuição que compete a uma Secretaria de Estado, devendo esta se constituir num planejador e coordenador das diversas ações que visem à melhoria da saúde da população em âmbito estadual.

#### 4.4.5 Regionalização da Saúde

Os fundamentos da regionalização baseiam-se na NOAS-SUS 01/2002. A NOAS de regionalização da assistência que estabelece as estratégias articuladas:

I - Regionalização e organização da assistência;

II - Fortalecimento da capacidade de gestão do SUS;

III - Revisão de critérios de habilitação de municípios e Estados NOAS-SUS 01/2002:

Elaboração do Plano Diretor de Regionalização;

Ampliação da Atenção Básica;

Qualificação das Microrregiões na Assistência à Saúde;

Organização da Média Complexidade;

Política para a Alta Complexidade.

A Série “Pactos pela Saúde”, elaborado a partir das definições contidas na Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que abrangem as diferentes dimensões do Pacto pela Saúde 2006, estabelece caminhos para a implementação da regionalização na saúde brasileira, pactuada de forma solidária e cooperativa.

No Pacto pela Saúde 2006, a regionalização é o eixo estruturante de uma de suas três dimensões – o Pacto de Gestão do SUS – devendo, portanto, orientar o processo de identificação e construção de Regiões de Saúde, nas quais as ações e serviços devem ser organizados de forma a garantir o direito da população à saúde e a potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores, além da estruturação dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), (Pacto pela Saúde 2006).

A Série Pactos pela Saúde, 2006, define vários conceitos de regiões.

*Regiões em saúde:* São recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local.

Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde. As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando, dessa forma, o desenvolvimento de uma “regionalização viva”.

*Macrorregiões de Saúde:* São arranjos territoriais que agregam mais de uma Região de Saúde, de qualquer modalidade, com o objetivo de que elas organizem, entre si, ações e serviços de média e alta complexidade, desse modo complementando a atenção à saúde das populações desses territórios.

A identificação das Macrorregiões de Saúde deve considerar, também, os critérios de acessibilidade entre as regiões agregadas e seus desenhos precisam constar no Plano Diretor de Regionalização (PDR) do(s) estado(s) envolvido(s).

*Regiões de Saúde Intramunicipais:* Organizam-se dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional. Nesses municípios, a gestão vem sendo em geral estruturada por meio da constituição de Distritos de Saúde, que podem ser agrupados nas Regiões de Saúde Intramunicipais, seguindo os mesmos critérios pactuados para a identificação e organização das demais Regiões de Saúde. Dentro de um mesmo município, podem ser organizadas várias Regiões de Saúde compostas por tantos Distritos de Saúde quanto convir ao atendimento das demandas do território. Todas devem ser consideradas no Plano Diretor de Regionalização (PDR) de seus respectivos estados.

*Regiões de Saúde Intraestaduais:* São compostas, seguindo os critérios gerais já descritos acima, por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um mesmo estado, sendo a situação mais comum na organização das Regiões de Saúde.

*Regiões de Saúde Interestaduais:* São compostas, seguindo os critérios gerais já descritos acima, por municípios territorialmente contíguos, mas pertencentes a estados diferentes (dois ou mais) – situação comum a áreas limítrofes entre territórios estaduais. O desenho dessas Regiões de Saúde deve ser o que melhor responder às necessidades de saúde locais. Elas devem constar no Plano Diretor de Regionalização (PDR) dos estados envolvidos. Isso quer dizer que uma mesma Região de Saúde Interestadual fará parte de mais de um PDR.

*Regiões de Saúde Fronteiriças:* São compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um ou mais estado e um ou mais país (es) vizinho(s). Nessas regiões, os municípios, o(s) estado(s) e a União devem participar da instituição da Região de Saúde em parceria com gestores dos países envolvidos, objetivando alcançar o desenho que melhor atenda às características e necessidades locais. Deve estar contemplada no Plano Diretor de Regionalização (PDR) dos estados envolvidos.

A regionalização implica descentralizar o poder, recursos financeiros, gerenciamento e controle das ações e serviços. Trata-se, portanto, de um movimento que não envolve áreas isoladas, mas o sistema de saúde como um todo, servindo de modelo de organização e gestão (SANTOS, 2010).

Para VIANA *et al* (2008), desde que o SUS foi instituído no Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988, a estratégia privilegiada para implantação do sistema foi a descentralização, notadamente a responsabilização pela provisão dos serviços e organização dos sistemas municipais de saúde. Mais recentemente é que a estratégia da regionalização apareceu com força nos documentos oficiais e teve início um processo mais efetivo de criação de instrumentos propícios à criação de regiões de saúde e de pactos intergovernamentais, visando ao estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade.

Segundo VIANA (1994), o que é relevante, no caso da saúde, não é apenas o processo de descentralização, mas o da tentativa de formação de um sistema nacional de saúde, o que impõe mudanças de peso no papel, nas funções e nas competências dos três níveis de governo e produz, simultaneamente, um tipo específico de relacionamento entre as esferas, de forma a ocorrer a integração, articulação e regionalização entre os serviços, instituições em níveis de governo. O

sistema é composto pelas instancias de governo e seus serviços, organizados de forma integrada e complementar, obedecendo a uma lógica espacial.

Para RIBEIRO (2004), a regionalização constitui uma ferramenta, haja vista que, segundo a autora, regionalizar compreende a institucionalização de fronteiras e limites na busca de implementar uma ação específica: analítica, política, econômica e social.

A regionalização do SUS constitui estratégia prioritária do Ministério da Saúde, para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais; promover a equidade e a integralidade da atenção; racionalizar os gastos e otimizar os recursos; e potencializar o processo de descentralização (GIL, LICHT, YAMAUCHI, 2006).

A descentralização e a regionalização têm lugar nas mais diversas esferas da administração pública. Mas é no setor da saúde que se apresenta de forma mais polêmica. Com efeito, por envolver amplos segmentos de população, por implicar a participação de um conjunto cada vez maior de atores e por guardar ampla relação com o aprimoramento democrático, a implantação desses processos requer ampla discussão, envolvendo os poderes públicos, as universidades e as mais diversas organizações da sociedade civil (GIL, LICHT, YAMAUCHI, 2006).

A construção das regiões de saúde deve, pois, ser entendida como tarefa de natureza administrativa, mas acompanhada pela consciência regional da sociedade. Conforme BANDEIRA (2006), o estabelecimento da região como parte de um sistema de regiões, com papel administrativo definido, associada à consciência regional da comunidade requer, principalmente, a atuação de instâncias de representação, debate e deliberação capazes de promover a articulação dos atores regionais. Dessa forma, os fóruns ou conselhos regionais podem ser vistos como locais privilegiados para a construção social e política das regiões, já que possibilitam o fortalecimento de redes e práticas de alcance regional que ajudam a transformar os territórios em “entes coletivos” capazes de dar sustentação política às ações que as beneficiam. Além de proporcionarem ao poder público um interlocutor para a formulação e implementação de ações de promoção do desenvolvimento, cuja legitimidade e representatividade sejam reconhecidas pelo conjunto dos atores regionais.

Para VAINER (1996), se nenhum sujeito histórico assume a região como recorte relevante nas suas estratégias políticas, econômicas e simbólicas, uma

regionalização proposta pode nunca existir, pode ser um projeto de região não instaurado socialmente, concretamente, historicamente.

Para GUIMARÃES (2005), ao analisar a regionalização da saúde, afirma que a “história recente da descentralização da saúde demonstrou que a NOAS não é suficiente para incentivar mecanismos de cogestão regional do SUS”. Como um meio e, ao mesmo tempo, um resultado da produção social da democracia brasileira, qualquer proposta, deverá contribuir para o fortalecimento da identidade local e de um determinado território no qual o poder político-institucional é exercido por um amplo conjunto de atores sociais envolvidos.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização em cada Estado e no Distrito Federal e fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da saúde.

Cabe às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do PDR, que deverá contemplar uma lógica de planejamento que envolva os municípios na definição dos espaços regionais/microrregionais de assistência à saúde, dos fluxos de referência, bem como dos investimentos para a conformação de sistemas de saúde resolutivos e funcionais.

No Estado do Rio Grande do Sul, o Decreto Estadual nº 40991, de 17/08/01, estabelece a divisão territorial da SES/RS e o Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Rio Grande do Sul, aprovado em 2002, instrumento para ordenar o processo de proporcionar aos usuários o acesso ao sistema de saúde.

No Brasil, apesar da Constituição de 1988, prescrever uma descentralização do serviço de saúde a distribuição dos estabelecimentos e equipamentos que dão suporte a um serviço de média e alta complexidade é realizada de forma regionalizada e hierarquizada, como estabelecidos nas NOAS – SUS 01-01 e ratificada na NOAS – SUS 01-02. Se por um lado esta política de regionalização é necessária, por outro tende a concentrar de forma desigual os serviços da média e alta complexidade no território do Estado, como nas diferentes geoeconômicas do país (SALES, 2010).

Para OLIVEIRA (2011), há diferenças regionais no uso dos serviços de saúde que são dadas pelas condições socioeconômicas dos indivíduos (que também determinam a localização dos bens e serviços de natureza privada), pelas condições históricas de cada região no processo de desenvolvimento econômico do país, como também pela forma de redistribuição dos equipamentos e estabelecimentos de saúde quanto a sua complexidade e, principalmente pela sistemática de financiamento na aquisição e distribuição destes, prescritas na legislação complementar. Embora as NOAS 01-01 e NOAS 01-02 propaguem a lógica da descentralização da gestão, a prática centralizadora se materializa na sistemática do financiamento e, principalmente na distribuição concentrada dos estabelecimentos e equipamentos de alta complexidade no território.

De acordo com MENDES (2002), os serviços de saúde que estão de forma dispersa no território são aqueles que não se beneficiam de economia de escalas e para as quais há uma maior quantidade de recursos disponíveis.

Conforme SALES (2010), a centralidade de um município é desenhada na sua habilitação junto ao ministério da saúde e no PDR, elaborado pela Secretaria Estadual da Saúde, e expressada pelo nível de complexidade dos serviços oferecidos no município. Uma vez que o tamanho do centro urbano e os custos com sua infraestrutura produtiva são essenciais para habilitação do município junto ao Ministério da Saúde e, conseqüentemente, condições necessárias para a localização de equipamentos de média e alta complexidade.

Qualificar a atenção à saúde é um desafio central a ser enfrentado pelos gestores do SUS. A Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde definem as atribuições e as competências dos entes federados. Contudo, apesar das definições legais e normativas e do rico processo de negociação e pactuação verificados no SUS, em muitos momentos temos registrado um baixo grau de responsabilização por parte dos gestores, entre outras razões pela fragilidade dos processos de trabalho ocorridos em várias esferas de governo. (Série Pactos pela Saúde, 2006).

A regionalização objetiva garantir o direito à saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais e promovendo a equidade. (Série Pactos pela Saúde, 2006).

As desigualdades não devem ser vistas como um empecilho para a regionalização do SUS, pelo contrário, é por conta delas que se faz cada vez mais urgente uma relação de fato do sistema e da política; assim como segundo

GUIMARÃES (2005) a NOAS não é suficiente para incentivar mecanismos de co-gestão regional do SUS.

A regionalização da saúde permanece muito vinculada à organização do sistema (acesso, infraestrutura, financiamento, programas etc), o que leva a uma visão setorial da situação de saúde, restrita a parâmetros epidemiológicos e de assistência. Uma regionalização fundamentada em outra concepção teórica contribuiria para ampliar o debate sobre a relação entre saúde e território, superando a visão estática, estatística e setorial dessa relação. Assim, um planejamento territorial não significa um somatório de políticas setoriais e sim uma articulação de políticas em torno de um projeto nacional embasado pelo território usado: suas desigualdades e possibilidades (VIANA *et al*, 2008).

#### **4.4.6 A Organização da Saúde no Rio Grande do Sul**

Desde 1999, a Secretaria Estadual da Saúde do RS optou por desencadear um processo de descentralização e regionalização do SUS, fortalecendo os fluxos, instrumentos e práticas institucionais, capazes de consolidar, de forma integrada à atenção regionalizada, a gestão descentralizada, a participação e controle social crescente nos seus mais diversos arranjos.

O PDR expressa o momento atual desse processo, neles estão sintetizados os principais conceitos e diretrizes que têm orientado a regionalização estadual, o diagnóstico da realidade da saúde do Estado e a organização da atenção e do sistema de referência proposto para o RS.

Trata-se, portanto, de um movimento que não envolve áreas isoladas, mas o sistema de saúde como um todo, servindo de modelo e organização e gestão (PDR, 2002).

Para SANTOS (2010), a regionalização da saúde do Rio Grande do Sul tem se mostrado um desafio contínuo, implicando a busca de novas formas de articulação entre os gestores e de organização do controle social. Implica promover a gestão solidária entre as esferas de governo, superando a tendência ao particularismo e individualismo.

Entre os obstáculos atuais para plena implementação do SUS, um dos principais entraves vem sendo a compreensão das mudanças institucionais e no cotidiano da vida da população, das ações e dos serviços de saúde que devem ser

produzidos para implementar e viabilizar o texto constitucional conquistado pela população brasileira na elaboração da legislação. A saúde, como cidadania e qualidade de vida, tem padrões móveis e progressivos, e o sistema de saúde, sua organização e o conjunto de práticas no seu interior, devem ter a capacidade de acompanhá-los e construir-lhes novas possibilidades, num movimento renovado de integralidade com equidade. (Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS – Saúde Solidária, 2003).

A criação de sete macrorregiões de atenção integral à saúde, visa garantir aos gaúchos, usuários do SUS, uma nova organização para as ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. Nestas regiões foram identificados hospitais de referência macrorregionais capazes de atender os casos mais complexos, hospitais de referência regional e hospitais de referência microrregionais, além de unidades locais de saúde que deverão ser estruturadas a partir da transformação de pequenos hospitais, não resolutivos, em unidades mistas com atendimento ambulatoriais e com intervenções curtas e de baixa complexidade.

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

Para garantir a eficácia do projeto de descentralização e regionalização do sistema estadual de saúde, o Estado desenvolveu mecanismos que permitiu desempenhar o papel de regulador do sistema, principalmente no âmbito das ações regionais, Sistema Gaúcho de Informação de Saúde (SGIS).

A descentralização político-administrativa do SUS no RS tem sido efetivada por intermédio das 19 coordenadorias regionais de Saúde (CRS), existentes desde 1999 e formalizadas através do Decreto 39.691 de 30 de agosto de 1995.

São responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de Saúde, em cooperação técnica, operacional e financeira com os gestores municipais e prestadores de serviços.

O atual desenho territorial das coordenadorias foi instituído pelo Decreto 40.991, de 17 de agosto de 2001.

A coordenadoria é a instância responsável pela coordenação dos sistemas de saúde microrregionais e módulos assistenciais dentro de uma macrorregião.

As CRS, as quais substituíram as antigas delegacias, passaram a ser responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e

serviços de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviços, com o objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais, segundo os princípios do SUS.

A consolidação das CRS é aprimorada de forma permanente, atuando na reorganização do SUS. No caso particular da assistência hospitalar no RS, com reuniões de planejamento, por região, mediante a identificação dos problemas e a definição das necessidades reais de cada município em conjunto com os Conselhos Municipais e Regionais de Saúde, a definição do papel de cada prestador, tendo pontos positivos na qualificação no atendimento aos usuários, visando à melhoria contínua da busca da excelência dos serviços oferecidos pelo SUS, através da reformulação de novas estratégias para o bem-estar da sociedade de cada município (PDR, 2002).

#### **4.4.7 Plano Estadual de Saúde**

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.

Conforme o PES 2009/2011, o mesmo 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.

## 5 ÁREA DE ESTUDO

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA ÁREA DE ESTUDO

Serão apresentadas, de forma sucinta, as características da área de estudo referente aos aspectos: divisão municipal, densidade demográfica, indicadores socioeconômicos e serviços de alta complexidade do SUS.

#### 5.1.1 Caracterização do Estado do Rio Grande do Sul

Este item abordará, em um breve histórico, a evolução da formação dos municípios no RS.

O Rio Grande do Sul está localizado no extremo meridional do Brasil (Figura 1), apresentando uma população de 10.693.929, Censo 2010 (IBGE), aproximadamente 6% do total da população brasileira, e uma área de 281.748,5 km<sup>2</sup> (IBGE - Resolução Nº 05 de 10/10/2002), que corresponde a 3,32% do território brasileiro.



Figura 1: Localização do Estado do Rio Grande do Sul  
Fonte: Atlas Socioeconômico Rio Grande do Sul, 2011

### 5.1.2 Divisão Municipal

O crescimento populacional e o fracionamento excessivo das colônias, somados à chegada de novos grupos étnicos, forçaram uma expansão das áreas coloniais para o norte do Estado. Em 1900, o sul do Estado, possuía 23 municípios e somente depois de 59 anos a próxima emancipação, enquanto o norte, neste mesmo período, passou de 41 para 128 municípios.

Até 1966, o Estado criou mais 80 municípios, ficando com 232, número que não se alterou, por força de lei federal, até o início dos anos 80. Durante essa década surgiram mais 100 municípios, 11 em 1982, 29 em 1987 e 60 em 1988.

Finalmente, na década de 90, mais 164 municípios foram criados, 94 em 1992, 40 em 1995 e 30 em 1996, somando então, 497 municípios.

Novamente, a maioria dessas novas sedes encontravam-se no norte do Estado, região do Planalto, ficando o sul praticamente com a mesma configuração do início do século XX.

Em 2003, através de liminar do Superior Tribunal Federal, o município de Pinto Bandeira foi extinto e o Estado passou a contar com 496 municípios. Após 2003, a divisão municipal não teve mais modificações, e o Estado atualmente conta com 496 municípios (Figura 2).



Figura 2: Divisão municipal e rede urbana

Fonte: Atlas Socioeconômico Rio Grande do Sul, 2011

### 5.1.3 Regiões de Planejamento

#### 5.1.3.1 Conselhos Regionais de Desenvolvimento – COREDES

Os Conselhos Regionais de Desenvolvimento - COREDES, criados oficialmente pela Lei 10.283, de 17 de outubro de 1994, são um fórum de discussão e decisão a respeito de políticas e ações que visam ao desenvolvimento regional.

Seus principais objetivos são a promoção do desenvolvimento regional harmônico e sustentável; a integração dos recursos e das ações do governo na região; a melhoria da qualidade de vida da população; a distribuição equitativa da riqueza produzida; o estímulo à permanência do homem na sua região; e a preservação e a recuperação do meio ambiente.

A divisão regional, inicialmente composta por 21 regiões, foi alterada em 1998, com a criação do 22º COREDE – Metropolitano Delta do Jacuí, em 2003, com a criação dos COREDES Alto da Serra do Botucaraí e Jacuí Centro. Em 2006, foram criados as regiões Campos de Cima da Serra e Rio da Várzea. Em 10 de janeiro de 2008, através do Decreto 45.436, são criadas as regiões do Vale do Jaguari e Celeiro, então o Estado passa a contar com 28 Conselhos Regionais de Desenvolvimento (Figura 3).

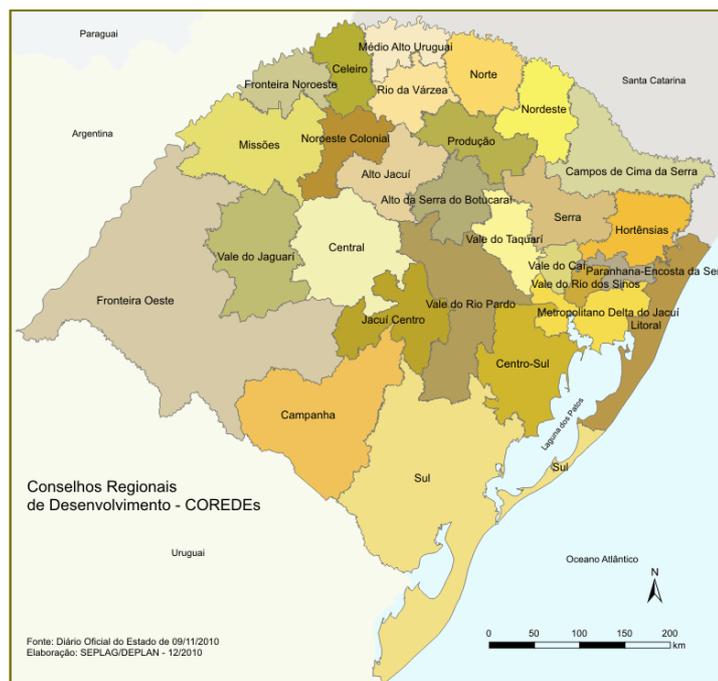


Figura 3: Conselhos Regionais de Desenvolvimento – COREDES  
Fonte: Atlas Socioeconômico Rio Grande do Sul, 2011

### 5.1.4 Regiões Funcionais de Planejamento

Para fins de planejamento os COREDEs são agregados em 9 Regiões Funcionais de Planejamento (Figura 4), constituindo-se nas escalas de regionalização do Plano Plurianual 2008-2011.

A regionalização foi definida pelo Estudo de Desenvolvimento Regional e Logística do RS (Rumos 2015), com base em critérios de homogeneidade econômica, ambiental e social e na adequação das variáveis correspondentes para identificação das polarizações, ou seja, do emprego, das viagens por tipo de transporte, da rede urbana, da saúde e da educação superior.

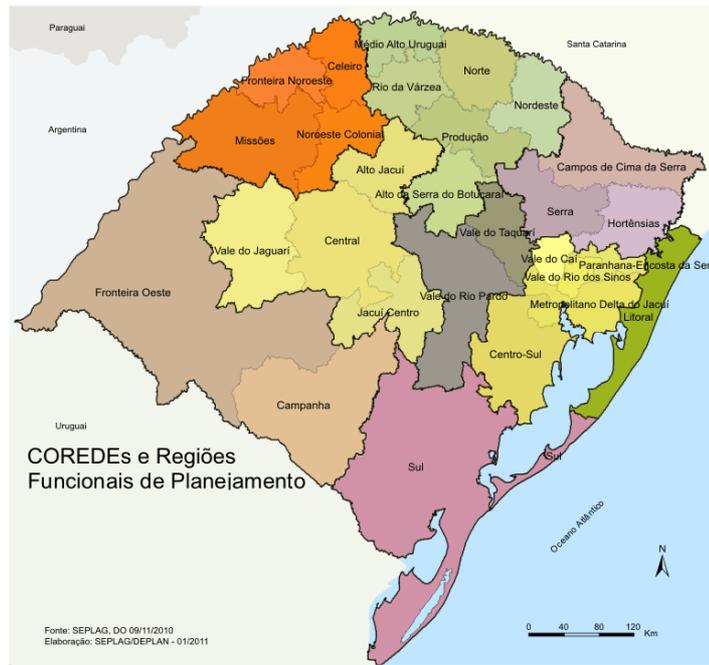


Figura 4: COREDEs e Regiões Funcionais de Planejamento  
Fonte: Atlas Socioeconômico Rio Grande do Sul, 2011

### 5.1.5 Regiões de Saúde

O Estado do Rio Grande do Sul é constituído por 496 municípios, agrupados em 19 Regiões de Saúde (Figura 5), 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.

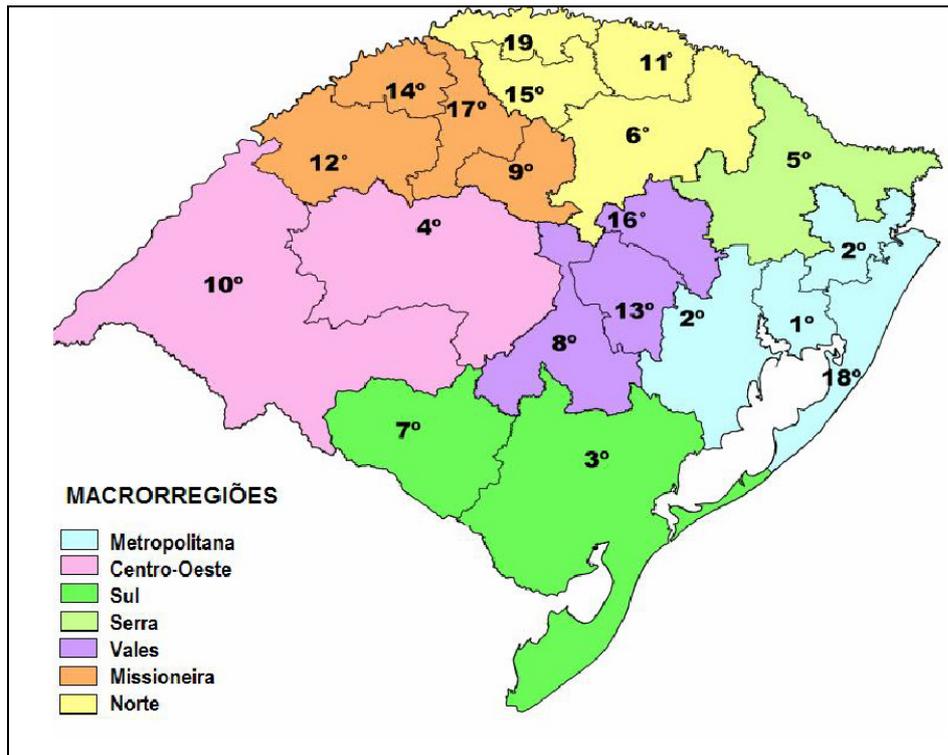


Figura 5: Macrorregiões de Saúde

Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Saúde, 2002

A Tabela 1 representa as macrorregionais com as regiões de saúde, número de municípios e população no ano de 2010.

Tabela 1: Macrorregiões de Saúde, segundo número de municípios, população e município polo, 2010

Macrorregião	Nº de Mun. Macro (A)	Polo	Município Polo	Pop. Polo (B)	% (B/A)
<b>Centro –Oeste</b> (4ª e 10ª CRS)	44	1.086.796	Santa Maria	261.031	24,02%
<b>Metropolitana</b> (1ª, 2ª e 18ª CRS)	88	4.632.631	Porto Alegre	1.406.351	30,36%
<b>Missioneira</b> (9ª, 12ª, 14ª e 17ª CRS)	78	807.511	Ijuí	78.915	9,77%
<b>Norte</b> (6ª, 11ª, 15ª e 19ª CRS)	143	1.171.090	Passo Fundo	184.826	15,78%
<b>Serra</b> (5ª CRS)	48	1.076.801	Caxias do Sul	435.564	40,45%
<b>Sul</b> (3ª e 7ª CRS)	28	1.027.714	Pelotas	328.275	31,94%
<b>Vales</b> (8ª, 13ª e 16ª CRS)	67	891.386	Cachoeira do Sul Santa Cruz do Sul Lajeado	83.827 118.374 71.445	9,4% 13,18%
<b>Total RS</b>	<b>496</b>	<b>10.693.929</b>		<b>2.968.608</b>	<b>27,76%</b>

Fonte: ASSTEPLAN/SES-RS – Adaptado pelo autor

A Tabela 1 demonstra as macrorregiões de saúde, sendo que a maior concentração populacional encontra-se na 1ª CRS, que detém 43.32% do total do estado.

#### **5.1.5.1 Densidade Demográfica**

A densidade demográfica no Rio Grande do Sul passou de 36 hab/km<sup>2</sup>, em 2000, para 38 hab/km<sup>2</sup> em 2010. Apresenta a menor densidade da região Sul, bem acima da brasileira que é de 21 hab/km<sup>2</sup>. 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 29 municípios com mais de 200 hab/km<sup>2</sup>, 19 fazem parte desse eixo; 17 na Região Metropolitana de Porto Alegre - RMPA e dois na Aglomeração Urbana do Nordeste - AUNE.

No entanto 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/km<sup>2</sup>. Nessas regiões os centros urbanos mais importantes concentram a população regional e estão relativamente isolados. Ao sul predominam as grandes propriedades que constituem a base para o povoamento rarefeito dessas regiões, caracterizando-se 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. Essas regiões com predominância da pequena propriedade passaram por processos emancipatórios recentes, que ocasionaram uma base territorial intensamente fragmentada com uma rede urbana formada de núcleos de pequeno contingente populacional. Disponível em: <<http://www.scp.rs.gov.br/atlas/>>. Acesso em: 14/06/2011.

A Figura 6 representa a densidade demográfica por município (Atlas Socioeconômico RS, 2011).

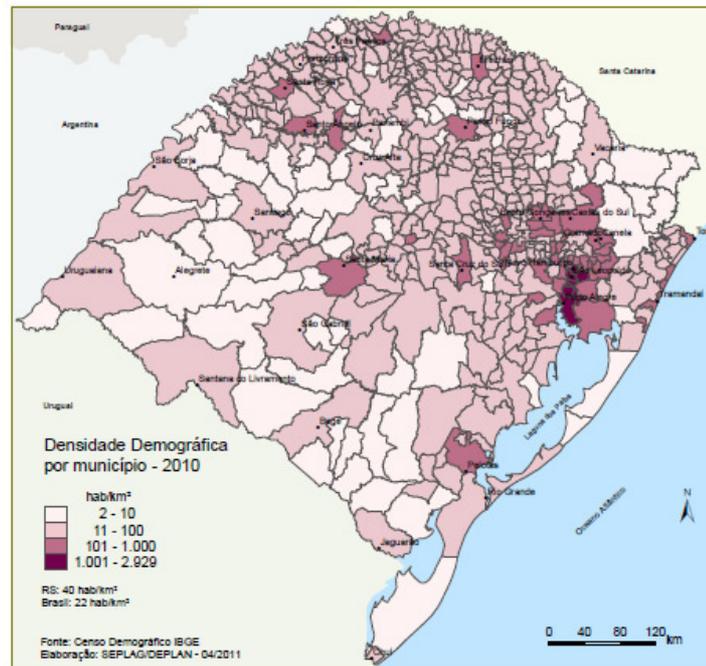


Figura 6: Densidade demográfica por município - 2010  
 Fonte: Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul, 2011

O Rio Grande do Sul, acompanhando a tendência brasileira, apresentou um crescimento do número de habitantes urbanos a partir da década de 1950, quando a taxa de urbanização do Estado era de 31,14%. Desde então, de forma progressiva, a população gaúcha vem se concentrando nas cidades, tendo o Estado atingido em 2010 uma taxa de urbanização de 85,1% (Figura 7).

A população urbana do Estado ultrapassou a rural na década de 60, mantendo a partir daí um crescimento constante. Em números absolutos, a população rural começa a decrescer na década de 70, permanecendo em queda até 2000, quando atinge 1.874.899 habitantes. Em 1991, atinge número inferior ao de 1940.

Observando-se as taxas de urbanização dos municípios com menos de 10 mil habitantes, que corresponde a 67% dos municípios gaúchos, verifica-se que estes são predominantemente rurais, pois mais da metade deles possuem taxa de urbanização inferior a 50%. Desse grupo apenas 8 municípios tem população urbana superior à média estadual, com destaque para Pedro Osório e Chuí, no Sul, Minas do Leão no Centro Sul e Arroio do Sal no Litoral, com taxas de urbanização superiores a 90%.

Para o restante, excetuando Porto Alegre, Canoas, Alvorada e Cachoeirinha que não possuem área rural em seus territórios, portanto seus valores ficam em

100%, as demais taxas de urbanização situam-se entre 11% e 99,9%, estando a maioria localizados nas regiões Metropolitana, Centro Sul, Vales do Taquari e Rio Pardo, Sul, Litoral, Serra e Vale do Rio dos Sinos.

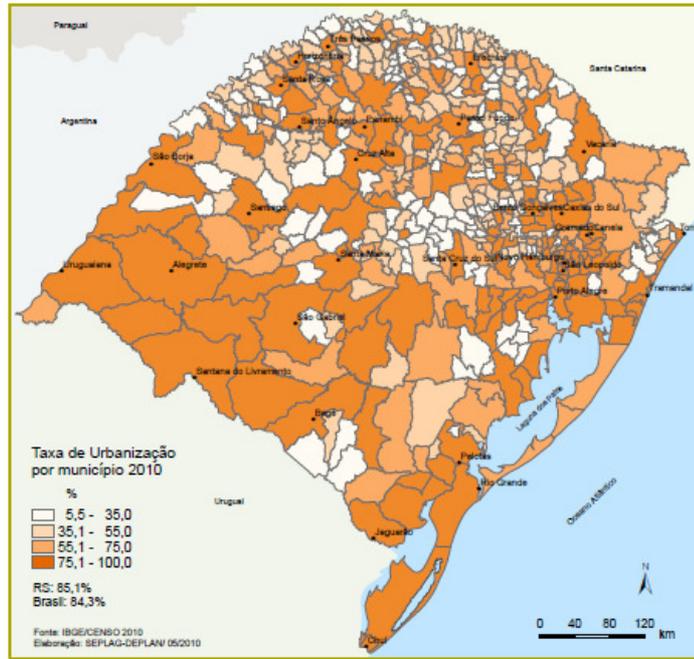


Figura 7: Taxa de Urbanização por município - 2010  
Fonte: Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul, 2011

### 5.1.6 Indicadores Socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE), elaborado pela Fundação de Economia e Estatística (FEE), é um índice sintético que tem por objetivo medir o grau de desenvolvimento dos municípios do Rio Grande do Sul. O IDESE é o resultado da agregação de quatro blocos de indicadores: Domicílio e Saneamento, Educação, Saúde e Renda. Para cada uma das variáveis componentes dos blocos é calculado um Índice, entre 0 (nenhum desenvolvimento) e 1 (desenvolvimento total), que indica a posição relativa para os municípios. São fixados, a partir disso, valores de referência máximo (1) e mínimo (0) de cada variável.

A utilização de parâmetros internacionais permite que os índices, apesar de possuírem indicadores diferentes, sejam comparados ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) criado pela Organização das Nações Unidas. O IDESE trabalha com o bloco adicional de Domicílio e Saneamento e considera um conjunto de doze indicadores, enquanto o IDH considera apenas quatro indicadores em três blocos:

Educação, Saúde e Renda. Assim como no IDH, os municípios podem ser classificados pelo IDESE em três grupos: baixo desenvolvimento (índices até 0,499), médio desenvolvimento (entre 0,500 e 0,799) e alto desenvolvimento (maiores que 0,800).

Em 1991, os municípios de Cerro Grande do Sul, Cerro Grande, Amaral Ferrador e Jaboticaba apresentavam os menores índices, sendo que este, com IDESE de 0,487, se encontrava na faixa de baixo desenvolvimento. Todos os demais municípios do Estado se encontravam na faixa de médio desenvolvimento. Os que apresentavam os melhores índices eram Porto Alegre, Esteio, Santa Maria, Pelotas e Canoas.

Em 2000, havia oito municípios que apresentavam IDESE na faixa de alto desenvolvimento: Caxias do Sul, Canoas, Esteio, Porto Alegre, Bento Gonçalves, Campo Bom, Ivoti e Vacaria. Apenas Benjamin Constant do Sul, com um índice de 0,496, apresentava índice considerado de baixo desenvolvimento.

Já em 2008, nenhum município gaúcho apresentou IDESE inferior a 0,5 (baixo desenvolvimento), sendo que os menores índices foram os de Caraá (0,544), Monte Alegre dos Campos (0,549), Benjamin Constant do Sul (0,551) e Mampituba (0,560). Por outro lado, nove municípios apresentaram IDESE na faixa acima de 0,8 (alto desenvolvimento): Caxias do Sul (0,856), Porto Alegre (0,837), Esteio (0,837), Canoas (0,830), Vacaria (0,825), Cachoeirinha (0,825), Cerro Largo (0,822), Erechim (0,812) e Cruz alta (0,811).

Considerando a evolução do IDESE no Estado, após um crescimento significativo entre os anos de 1991 e 2000, quando passou de 0,687 para 0,752, o indicador manteve uma tendência de crescimento, com uma leve interrupção no ano de 2005, retomando seu crescimento no ano de 2006, quando alcançou o índice de 0,763. Em 2008, a média do Estado foi de 0,772 (Figura 8).

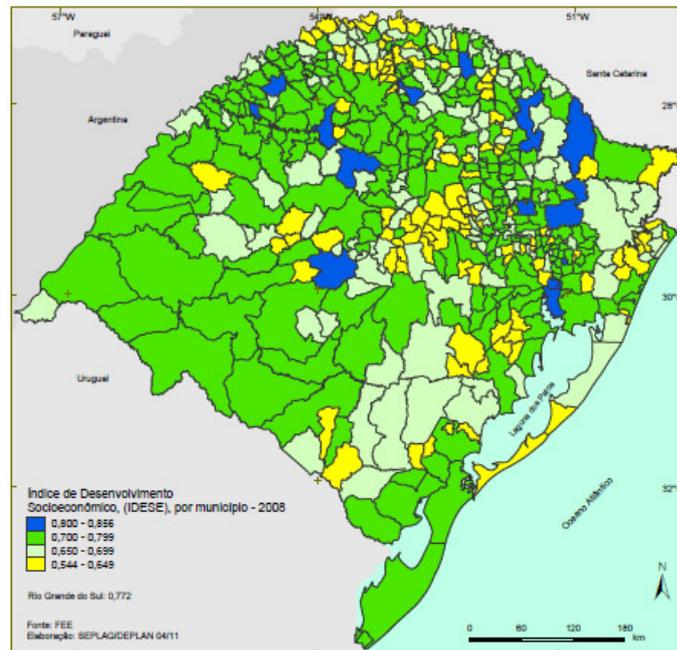


Figura 8: Índice de Desenvolvimento Socioeconômico – IDESE  
Fonte: Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul, 2011

O Indicador Socioeconômico (IDESE), referente ao Bloco *Saúde*, é o que apresenta os valores mais elevados, evoluindo de 0,821, em 1991, para 0,852, em 2000. Deve-se, entretanto, destacar que, nos anos de 2001 a 2003, esse bloco piorou seu desempenho, passando para 0,848, em 2001, 0,844, em 2002 e 0,841, em 2003. Em 2004, o bloco *Saúde* retomou seu crescimento passando para 0,846 e 0,851, em 2005, tendo apresentado pequeno decréscimo no ano de 2008, quando foi registrado um índice de 0,846 (Figura 9).

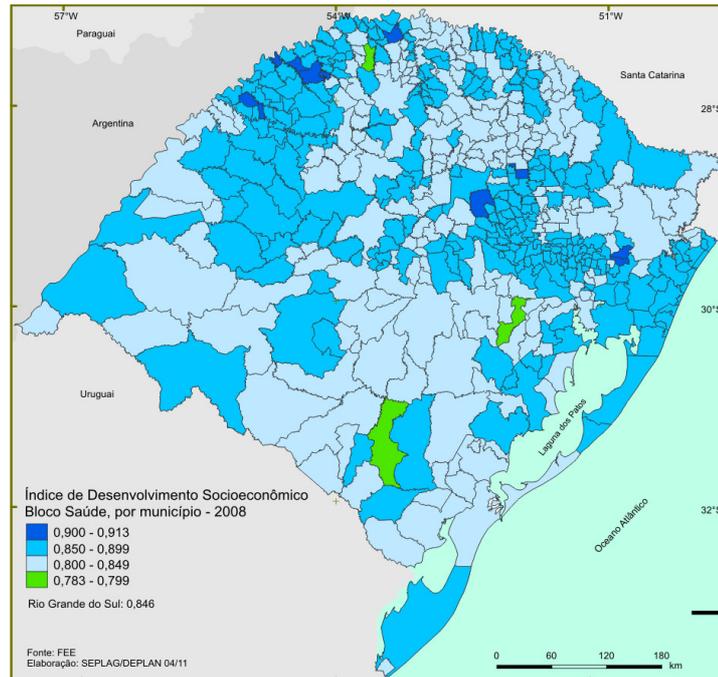


Figura 9: Índice de Desenvolvimento Socioeconômico - Bloco Saúde  
Fonte: Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul, 2011

Outro importante índice a ser considerado são os Leitos Hospitalares por Habitantes. As 19 Coordenadorias Regionais de Saúde são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, em cooperação técnica, financeira e operacional com os gestores municipais e prestadores de serviços de saúde.

A rede hospitalar instalada no Rio Grande do Sul apresentou pequena variação no quantitativo de leitos e/ou hospitais nos últimos anos, tanto o total de leitos quanto os cadastrados pelo SUS. O número total de leitos passou de 31.071, em 1998, para 33.477, em 2008. Já os leitos cadastrados pelo SUS têm variado entre 23.022 e 25.000 nos últimos anos, totalizando, em 2008, 23.412 leitos.

Considerando o total de leitos, o índice estadual de leitos por habitante é de 3,08 (Figura 10). As Coordenadorias Regionais de Saúde de Frederico Westphalen, Cruz Alta, Santa Rosa e Passo Fundo são as que apresentam relação mais favorável de leitos por habitantes com 4,79%, 4,67%, 4,44% e 4,01%, respectivamente.

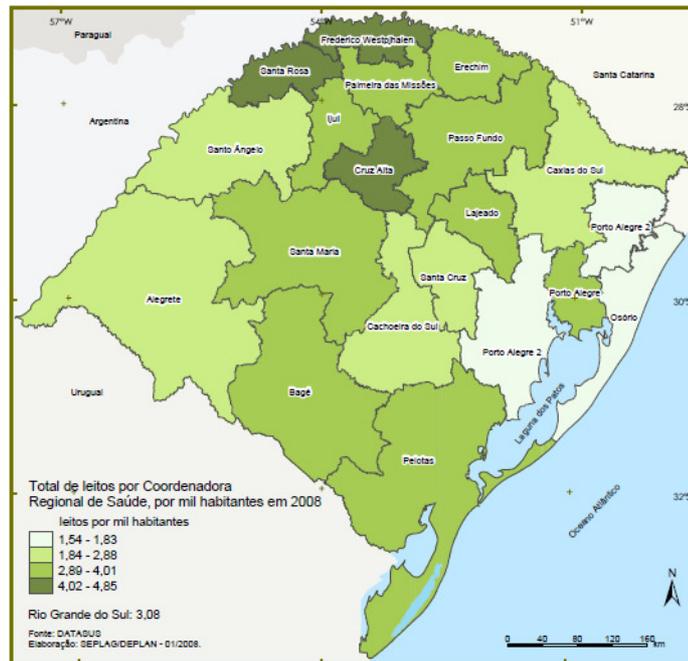


Figura 10: Leitos por coordenadorias  
Fonte: Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul, 2011

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) foi desenvolvido e calculado em parceria pelo Programa das Nações Unidas e Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro. O IDH-M originou-se do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), criado pela Organização das Nações Unidas e concebido para comparar o nível de desenvolvimento humano dos países.

A metodologia de cálculo do IDH-M envolve a transformação de três dimensões (Educação, Longevidade e Renda) em índices que variam entre 0 (pior) e 1 (melhor), e a combinação destes índices em um indicador síntese. Os municípios com IDH-M até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo; os municípios com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano; municípios com IDH-M maior que 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto.

O Rio Grande do Sul e seus municípios melhoraram suas posições com relação ao desenvolvimento humano na última década. O Estado passou de 0,753, em 1991, para 0,814 em 2000 (Figura 11), e todos os municípios, sem exceção, aumentaram seus valores de desenvolvimento. Em 2000, nenhum município apresentou índice inferior a 0,665, ocasionando um acentuado aumento no número de municípios nas classes superiores. Em 1991, Porto Alegre, com IDH-M de 0,814,

era o único município considerado de alto desenvolvimento (IDH-M acima de 0,800). Em 2000, esses já somavam 175, concentrados principalmente nas regiões da Serra, Vale do Caí, Vale dos Sinos, Paranhana-Encosta da Serra, Metropolitana, Alto Jacuí e Fronteira Noroeste. Destacam-se os municípios de Bento Gonçalves, Porto Alegre, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Selbach, Ivoti e Veranópolis que possuem índice acima de 0,850.

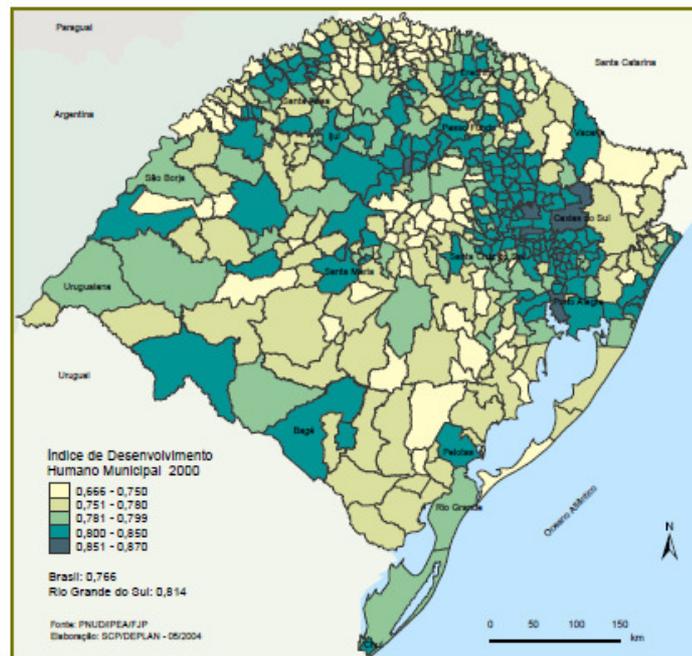


Figura 11: Índice de Desenvolvimento Humano - IDH  
Fonte: Altas Socioeconômico do Rio Grande do Sul, 2011

### 5.1.7 Serviços de Alta Complexidade

Atualmente, os serviços de saúde podem ser identificados, conforme expõe NOVAES (2004), pelo simples fato de serem espaços compostos por equipamentos e tecnologias voltados à assistência médica, e por profissionais que realizam o atendimento à população. Assim, ainda de acordo com a autora supracitada, deve-se vislumbrar a importância da contextualização e espacialização dos serviços de saúde em relação à dinâmica de vida da população que se objetiva atender. Assim, segundo a autora:

Uma questão inicial que se coloca é a própria definição dos seus limites e da sua inserção, seja no espaço físico das cidades, seja na dinâmica de vida da população a ser atendida. (...) No entanto, propostas que buscam melhorar essa acessibilidade pelo esmaecimento das fronteiras que os separam, (...), deparam com

dificuldades inesperadas na definição das responsabilidades dos envolvidos na atenção e na definição e realização das intervenções técnicas (NOVAES, 2004).

Os modelos de atenção à saúde no país estão segmentados em três níveis: atenção básica, média e alta complexidade. Em todos esses níveis, observa-se uma supervalorização do hospital como espaço de ações em saúde. Para o IBGE (2005), serviços de alta complexidade são aqueles que “exigem ambiente de internação com uso de tecnologia avançada e pessoal especializado para a sua realização (...)”. De acordo com a Portaria n° 96 do Ministério da Saúde, de 27 de março de 2000, os serviços de alta complexidade, para fins de credenciamento e pagamento aos hospitais pelo Sistema Único de Saúde, estão definidos nas especialidades de oncologia, gastroenterologia, cardiologia, lesões lábio-palatais e deformações faciais, doenças do sono, ortopedia, transplantes, neurocirurgia e tratamento da AIDS.

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), define média e alta complexidade em saúde, em seu *site* na internet. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>>, conforme se segue.

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS e que estão organizadas em "redes" são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução

assistida. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia. (Ministério da Saúde, SUS de A a Z, 2005).

O Ministério da Saúde, através de normativas, estabeleceu os serviços de alta complexidade. No RS a Secretaria Estadual de Saúde por meio de portarias oficializou e estão disponíveis pelo SUS as seguintes especialidades:

Rede de Atenção à Gestante – Assistência a gestante

Rede de Atenção à Gestante – Casa da Gestante

Rede de Atenção à Gestante – Mãe Ganguru

Rede de Atenção a Queimados

Distribuição dos Hospitais Psiquiátricos

Distribuição das Comunidades Terapêuticas (CT)

Leitos PSI/ Álcool e Drogas

Centro de Atenção Psico-Social (CAPS)

Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Intelectual e Autismo

Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Visual

Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Auditiva

Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Física

Unidades de Tratamento de Má-Formação Lábio Palatal

Unidades de Atenção ao Paciente Cardiológico

Unidades de Atenção em Nefrologia

Unidades de Atenção ao Paciente Neurológico

Unidades de Atenção ao Portador de Obesidade Grave

Unidades de Atenção em Oftalmologia

Rede de Assistência ao Paciente Oncológico

Unidades de Atenção em Traumato-Ortopedia

Leitos UTI no RS

Bases do SAMU-SALVAR/RS

Terapia Nutricional

Dentro do sistema de referência da alta complexidade, cada município através de sua CRS acessa a cidade polo que pode ser uma ou mais dependendo da especialidade. Na falta de alguma especialidade ou excesso de demanda, os serviços são pactuados para Porto Alegre através da central de regulação que utiliza de 30% a 33% da sua oferta para todas as CRS, excepcionalmente essa central poderá agendar para outra como é o caso dos serviços de cardiologia do município de Lajeado e de leitos de UTI Neonatal distribuídos no Estado.

A Figura 12 representa o serviço de alta complexidade do SUS, Distribuição dos Leitos de UTI no RS em cada coordenadoria regional de saúde do Rio Grande do Sul.

Os demais serviços de alta complexidade estão representados nos mapas anexos.

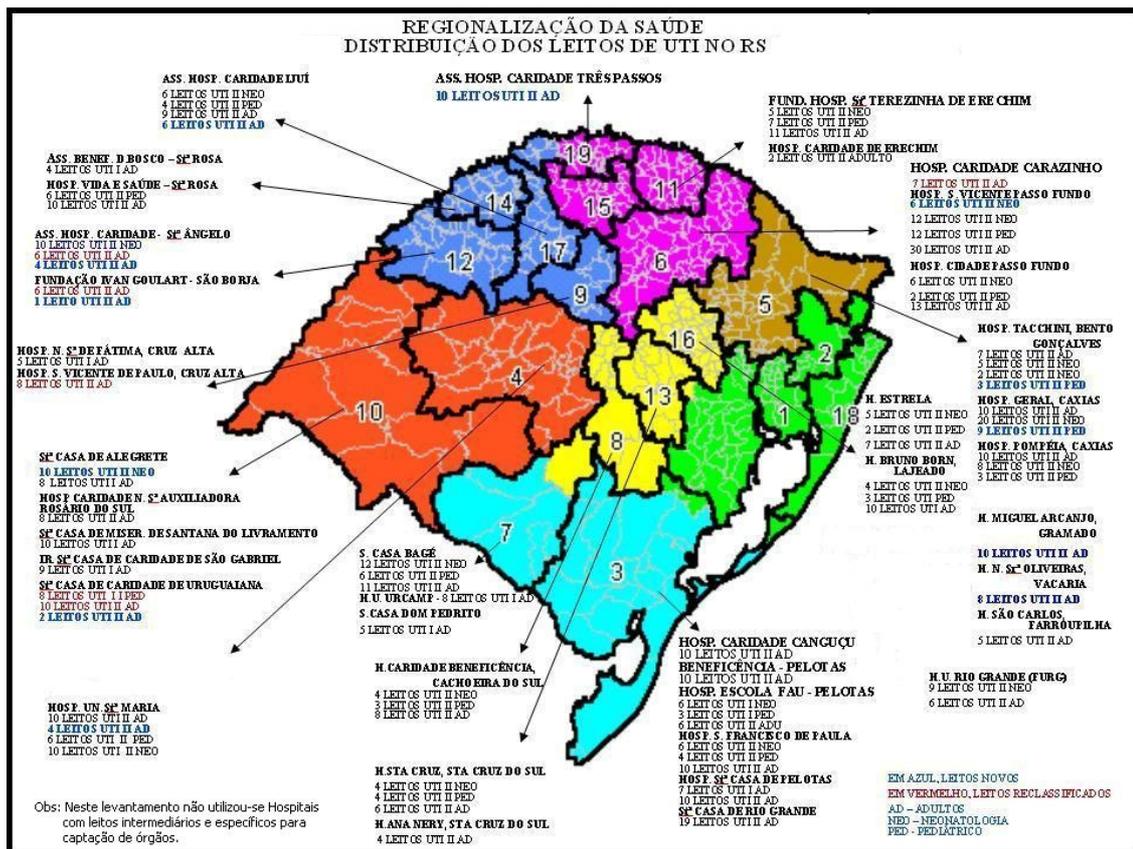


Figura 12: Mapa do RS com distribuição dos Leitos de UTI no RS  
Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, RS - 2011

## 5.2 DESENVOLVIMENTO DA ANÁLISE

### 5.2.1 Agrupamento das Especialidades e sua Distribuição Segundo as Regiões de Saúde

Primeiramente, foi realizado o levantamento dos serviços baseado nos mapas obtidos no DAHA (Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial), Secretaria Estadual de Saúde do RS, totalizando vinte e três especialidades, para facilitar a tabulação dos resultados estes serviços foram agrupados de acordo com suas semelhanças e especialidades, ficando definidas dezesseis especialidades, como segue:

#### 1. Rede de Atenção à Gestante

Rede de Atenção à Gestante – Assistência a gestante

Rede de Atenção à Gestante – Casa da Gestante

Rede de Atenção à Gestante – Mãe Ganguru

#### 2. Rede de Atenção a Queimados

#### 3. Distribuição dos Hospitais Psiquiátricos/Leitos PSI/ Álcool e Drogas

Distribuição dos Leitos em Hospitais Psiquiátricos

Leitos PSI/Álcool e Drogas

#### 4. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Comunidades

#### Terapêuticas (CT)

Distribuição das comunidades terapêuticas (CT)

Centro de Atenção Psico-Social (CAPS)

#### 5. Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Intelectual e Autismo

Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Visual

Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Auditiva

Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Física

#### 6. Unidades de Tratamento de Má-Formação Lábio-Palatal

#### 7. Unidades de Atenção ao Paciente Cardiológico

#### 8. Unidades de Atenção em Nefrologia

#### 9. Unidades de Atenção ao Paciente Neurológico

#### 10. Unidades de Atenção ao Portador de Obesidade Grave

#### 11. Unidades de Atenção em Oftalmologia

- 12. Rede de Assistência ao Paciente Oncológico**
- 13. Unidades de Atenção em Traumato-Ortopedia**
- 14. Leitos UTI no RS**
- 15. Bases do SAMU-SALVAR/RS**
- 16. Terapia Nutricional**

Na sequência, confeccionou-se uma tabela com o número de unidades de atendimento por Coordenadoria Regional de Saúde.

Em seguida, foram identificados os municípios pertencentes a cada uma das dezenove coordenadorias de saúde conforme tabela disponível no site da Secretaria de Saúde do Estado do RS. Disponível em: < <http://www.saude.rs.gov.br>>. Acesso em 17/07/2011.

Após foi coletado os dados referentes ao número de habitantes de cada município conforme Censo IBGE 2010, posteriormente efetuou-se o somatório do número de habitantes por coordenadoria, obtendo-se a soma total da população de cada coordenadoria.

Tabela 2: Número de unidades de atendimento por Coordenadoria Regional de Saúde

CRS	População Total	Rede de Atenção à Gestante	Rede de Atenção a Queimados	Distribuição dos Leitos em Hospitais Psiquiátricos/PSI/Álcool e Drogas	Centro de Atenção Psico-Social-CAPS e CT	Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência	Unidades de Tratamento De Má – Formação Lábio Palatal	Unidades de Atenção ao Paciente Cardiológico	Unidades de Atenção em Nefrologia	Unidades de Atenção ao Paciente Neurológico	Unidades de Atenção ao Portador de Obesidade Grave	Unidades de Atenção em Oftalmologia	Rede de Assistência ao Paciente Oncológico	Unidades De Atenção em Traumatologia-Ortopedia	Leitos UTI no RS	Bases do SAMU-SALVAR/RS
1ª	3535168	23	2	578	27	9	2	8	22	9	4	10	7	13	719	22
2ª	756344	2	0	145	13	2	0	0	4	0	0	1	0	1	6	8
3ª	845135	8	1	329	21	6	0	3	5	3	0	2	3	3	106	5
4ª	560087	4	0	132	10	2	0	1	5	0	0	2	1	2	30	3
5ª	1076801	6	0	246	11	8	0	2	6	1	0	3	4	4	100	6
6ª	591705	9	0	165	5	7	0	1	4	2	0	1	3	3	88	4
7ª	182579	3	0	58	3	3	0	0	1	0	0	1	1	1	42	4
8ª	200264	2	0	26	3	1	0	0	2	0	0	1	1	0	15	1
9ª	129789	2	0	28	4	1	0	0	1	1	0	1	1	1	13	2
10ª	526709	6	0	79	10	1	0	0	6	1	0	1	1	2	65	3
11ª	215124	2	0	41	2	2	0	1	1	0	0	2	1	1	25	4
12ª	228018	2	0	51	9	2	0	0	2	0	0	0	0	2	27	8
13ª	327158	1	0	80	10	3	0	0	2	0	0	2	1	1	18	3
14ª	226933	1	0	64	3	9	0	0	2	1	0	1	1	2	20	8
15ª	161508	1	0	42	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
16ª	363964	3	0	60	5	5	1	1	2	1	0	1	1	0	31	1
17ª	222771	4	0	51	4	5	0	1	1	0	0	0	1	2	25	3
18ª	341119	3	0	46	7	5	0	0	2	0	0	1	0	2	31	13
19ª	202753	3	0	111	4	4	0	0	1	0	0	1	0	2	10	7
<b>Total</b>	<b>10693929</b>	<b>85</b>	<b>3</b>	<b>2332</b>	<b>152</b>	<b>77</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>69</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>31</b>	<b>27</b>	<b>43</b>	<b>1371</b>	<b>109</b>

Fonte: Anexo 1 e 2 – Calculado pelo autor

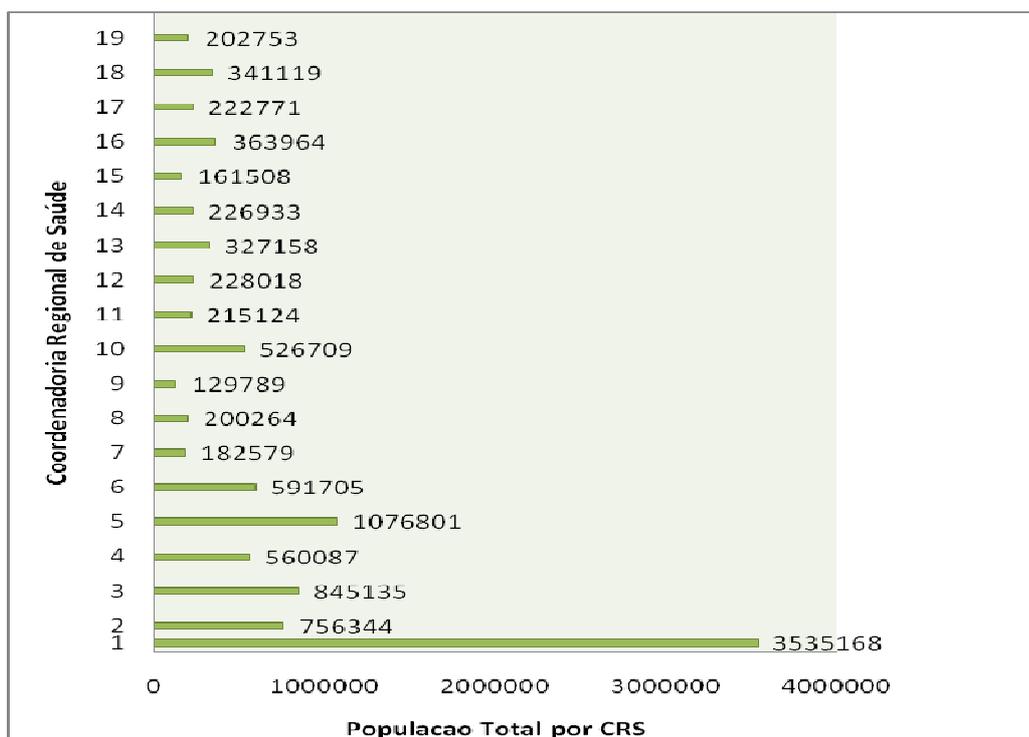


Figura 13: Distribuição da população por coordenadoria

A Figura 13 representa a distribuição da população por coordenadoria, a concentração está na coordenadoria 1ª e a menor está na coordenadoria 9ª.

Para a tabulação dos dados os serviços de Rede de Atenção a Queimados (2), Unidades de Tratamento de Má-Formação Lábio-Palatal (6) e Unidades de Atenção ao Portador de Obesidade Grave (10) foram desconsiderados, pois na maioria das coordenadorias não apresentam oferta de serviços. Já o serviço de Terapia Nutricional (16) não foi considerado, uma vez que o Estado do RS passou a disponibilizar o serviço no decorrer deste trabalho de pesquisa.

### 5.2.2 Indicadores de Relação Oferta/demanda Populacional por Especialidade e Região

Para determinar o Indicador de Oferta de Serviços por coordenadoria regional de saúde, adotou-se a seguinte metodologia:

Calculou-se o indicador que expressa a oferta de serviços de alta complexidade por coordenadoria, com o seguinte método de cálculo:

**INDICADOR DE OFERTA DE SERVIÇOS** = (n° total de serviços/ População total) X 100.000

Após efetuou-se a média do indicador para cada serviço especializado, resultando-se uma tabela com o Indicador de oferta de serviços por Coordenadoria Regional de Saúde.

O indicador serve para:

- ✓ Analisar a distribuição dos serviços nas coordenadorias;
- ✓ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relativas aos serviços de alta complexidade.

Tabela 3: Indicador de oferta de serviços por Coordenadoria Regional de Saúde para cada 100.000 habitantes

CRS Oferta de Serviços	Rede de Atenção à Gestante	Rede de Atenção a Queimados	Distribuição dos Leitos em Hospitais Psiquiátricos/ PSI/Alcool e Drogas	Centro de Atenção Psico- Social- CAPS e CT	Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência	Unidades de Tratamento De Mãe – Formação Lábio Palatal	Unidades de Atenção ao Paciente Cardiológico	Unidades de Atenção em Nefrologia	Unidades de Atenção ao Paciente Neurológico	Unidades de Atenção ao Portador de Obesidade Grave	Unidades de Atenção em Oftalmologia	Rede de Assistência ao Paciente Oncológico	Unidades De Atenção em Traumato- Ortopedia	Leitos UTI no RS	Bases do SAMU- SALVAR/ RS
1ª	0.65	0.06	16,35	0.76	0.25	0.06	0.23	0.62	0.25	0.11	0.28	0.20	0.37	20.34	0.62
2ª	0.26	0.00	19.17	1.72	0.26	0.00	0.00	0.53	0.00	0.00	0.13	0.00	0.13	0.79	1.06
3ª	0.95	0.12	38,93	2.48	0.71	0.00	0.35	0.59	0.35	0.00	0.24	0.35	0.35	11,69	0.59
4ª	0.71	0.00	23.57	1.79	0.36	0.00	0.18	0.89	0.00	0.00	0.36	0.18	0.36	5,36	0.54
5ª	0.56	0.00	22,84	1.02	0.74	0.00	0.19	0.56	0.09	0.00	0.28	0.37	0.37	9,47	0.56
6ª	1.52	0.00	27,88	0.85	1.18	0.00	0.17	0.68	0.34	0.00	0.17	0.51	0.51	14.87	0.68
7ª	1.64	0.00	31.77	1.64	1.64	0.00	0.00	0.55	0.00	0.00	0.55	0.55	0.55	23.00	2.19
8ª	1.00	0.00	12.98	1.50	0.50	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.50	0.50	0.00	7.49	0.50
9ª	1.54	0.00	21.57	3.08	0.77	0.00	0.00	0.77	0.77	0.00	0.77	0.77	0.77	10.02	1.54
10ª	1.14	0.00	15.00	1.90	0.19	0.00	0.00	1.14	0.19	0.00	0.19	0.19	0.38	12.34	0.57
11ª	0.93	0.00	19.06	0.93	0.93	0.00	0.46	0.46	0.00	0.00	0.93	0.46	0.46	11.62	1.86
12ª	0.88	0.00	22.37	3.95	0.88	0.00	0.00	0.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.88	11.84	3.51
13ª	0.31	0.00	24.45	3.06	0.92	0.00	0.00	0.61	0.00	0.00	0.61	0.31	0.31	5.50	0.92
14ª	0.44	0.00	28.20	1.32	3.97	0.00	0.00	0.88	0.44	0.00	0.44	0.44	0.88	8.81	3.53
15ª	0.62	0.00	26.00	0.62	1.24	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.62	0.00	2.48
16ª	0.82	0.00	16.49	1.37	1.37	0.27	0.27	0.55	0.27	0.00	0.27	0.27	0.00	8.52	0.27
17ª	1.80	0.00	22.89	1.80	2.24	0.00	0.45	0.45	0.00	0.00	0.00	0.45	0.90	11.22	1,35
18ª	0.88	0.00	13.49	2.05	1.47	0.00	0.00	0.59	0.00	0.00	0.29	0.00	0.59	9,09	3.81
19ª	1.48	0.00	54.75	1.97	1.97	0.00	0.00	0.49	0.00	0.00	0.49	0.00	0.99	4.93	3.45
Média	0.95	0.01	24,09	1,78	1,14	0,02	0,12	0,64	0,14	0,01	0,34	0,29	0,50	9,83	1,58

Fonte: Tabela 2 - Calculado pelo autor

A Tabela 3 representa indicador e a média de oferta de serviços por Coordenadoria Regional de Saúde para cada 100.000 habitantes. A disparidade na média dos serviços ofertados, em especial para a distribuição dos hospitais psiquiátricos e leitos UTI no RS, ocorre devido a diferença dos métodos utilizados para a contabilização dos dados. Para os serviços citados a coleta é feita através da contagem do número de leitos que os hospitais e/ou unidades estão efetivamente operando, já para os demais são considerados as redes e unidades de atenção por coordenadoria, utilizando assim padrões diferenciados para a obtenção da quantidade de oferta de serviços.

### 5.2.3 Indicador Socioeconômico por Coordenadoria

As coordenadorias e os respectivos indicadores socioeconômicos e a média geral destes, foram feitas através da soma total do IDESE dos municípios por CRS e dividido pelo número destes, obtendo-se assim a média do índice socioeconômico nas CRS.

Tabela 4: Média do IDESE da FEE- conforme anexo 2

<b>CRS</b>	<b>1ª</b>	<b>2ª</b>	<b>3ª</b>	<b>4ª</b>	<b>5ª</b>	<b>6ª</b>	<b>7ª</b>	<b>8ª</b>	<b>9ª</b>	<b>10ª</b>
<b>IDESE</b>	0.733	0.688	0.681	0.687	0.718	0.698	0.625	0.648	0.740	0.733
<b>CRS</b>	<b>11ª</b>	<b>12ª</b>	<b>13ª</b>	<b>14ª</b>	<b>15ª</b>	<b>16ª</b>	<b>17ª</b>	<b>18ª</b>	<b>19ª</b>	<b>Média</b>
<b>IDESE</b>	0.682	0.731	0.666	0.730	0.668	0.682	0.719	0.674	0.654	<b>0.690</b>

Fonte: Anexo 2 calculado pelo autor

A Tabela 4 representa as coordenadorias com as respectivas médias do IDESE e a média geral.

### 5.2.4 Análises de Oferta de Serviços por Coordenadoria

Baseado na Tabela 3, foi elaborado um gráfico para cada especialidade, estando representados nas figuras seguintes:

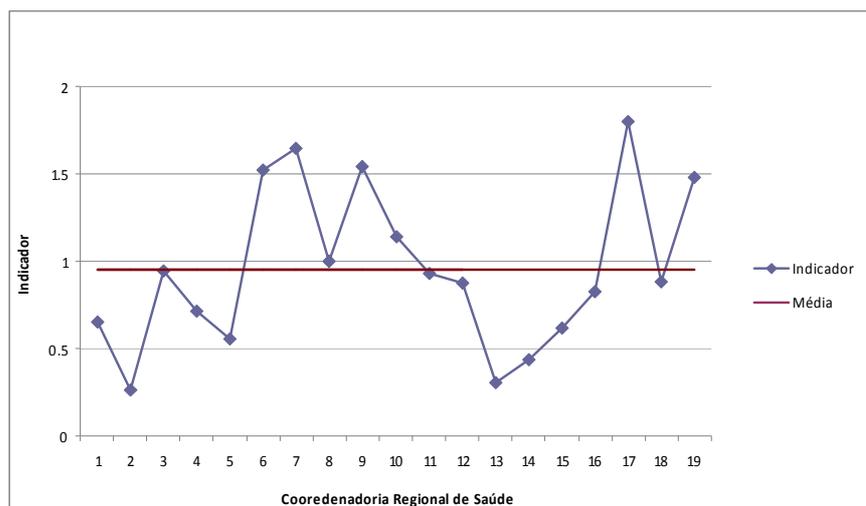


Figura 14: Rede de Atenção à Gestante

Fonte: Elaborado pelo autor, com base na Tabela 3

A Figura 14 representa a distribuição dos serviços de Rede Atenção à Gestante nas 19 coordenadorias. Para esse gráfico percebe-se que a coordenadoria 17<sup>a</sup> apresenta maior oferta de serviço, e a 2<sup>a</sup> é a que possui menor oferta de serviço. Considerando a média de 0,95 nota-se que as coordenadorias 3<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e a 18<sup>a</sup> possuem oferta de serviços próximo da mesma. No total verificou-se que 58% das coordenadorias estão abaixo da média.

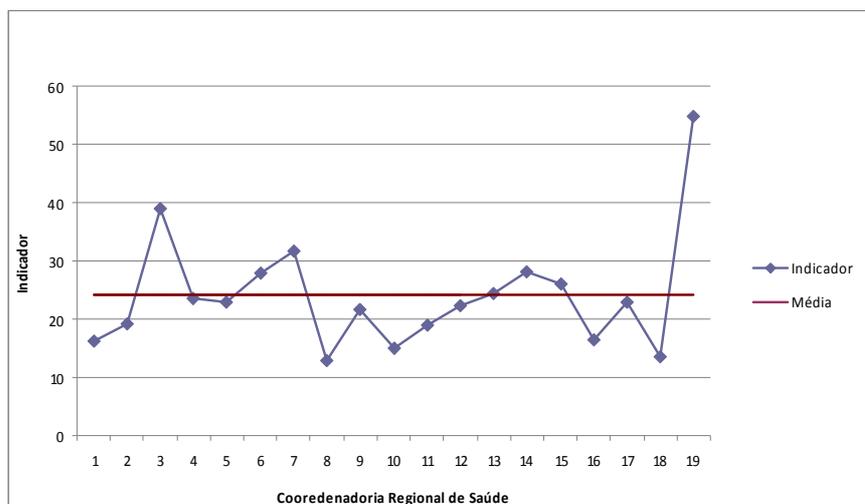


Figura 15: Distribuição dos Leitos em Hospitais Psiquiátricos/Leitos PSI/Álcool e Drogas  
Fonte: Elaborado pelo autor, com base na Tabela 3

A Figura 15 representa a Distribuição dos Leitos em Hospitais Psiquiátricos/Leitos PSI/ Álcool e Drogas, nas 19 coordenadorias do RS. Para este gráfico percebe-se que a coordenadoria 19<sup>a</sup> apresenta uma oferta de serviço superior às demais, e a 8<sup>a</sup> é a que possui menor oferta de serviço. Considerando a média de 24,09, nota-se que as coordenadorias 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup> e a 17<sup>a</sup> possuem oferta de serviços próximo dela. No total verificou-se que 63,16% das coordenadorias estão abaixo da média.

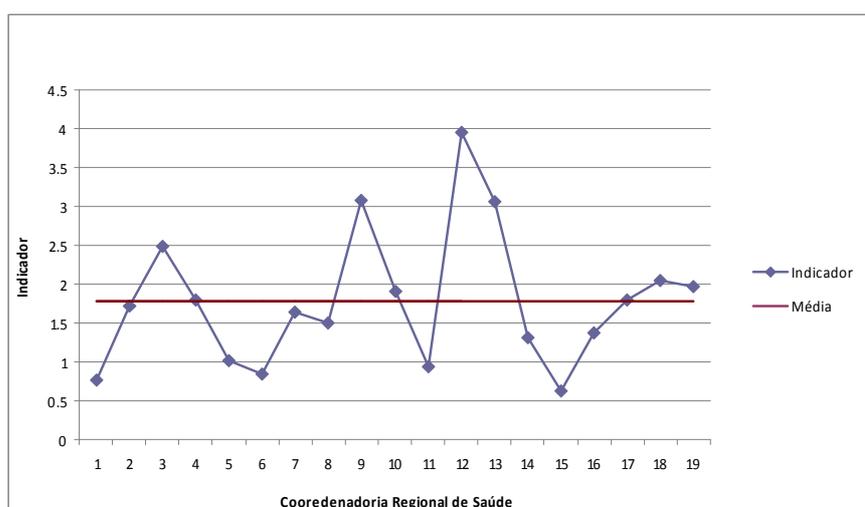


Figura 16: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Comunidades Terapêuticas (CT)  
Fonte: Elaborado pelo autor, com base na Tabela 3

Figura 16 representa a distribuição dos serviços CAPS e CT nas 19 coordenadorias do RS. Para esse gráfico percebe-se que a coordenadoria 12<sup>a</sup> apresenta maior oferta de serviço, a 15<sup>a</sup> é a que possui menor oferta de serviço. Considerando a média de 1,78, nota-se que as coordenadorias 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e a 17<sup>a</sup> possuem oferta de serviços próximo dela. No total verificou-se que 52,63% das coordenadorias estão abaixo da média.

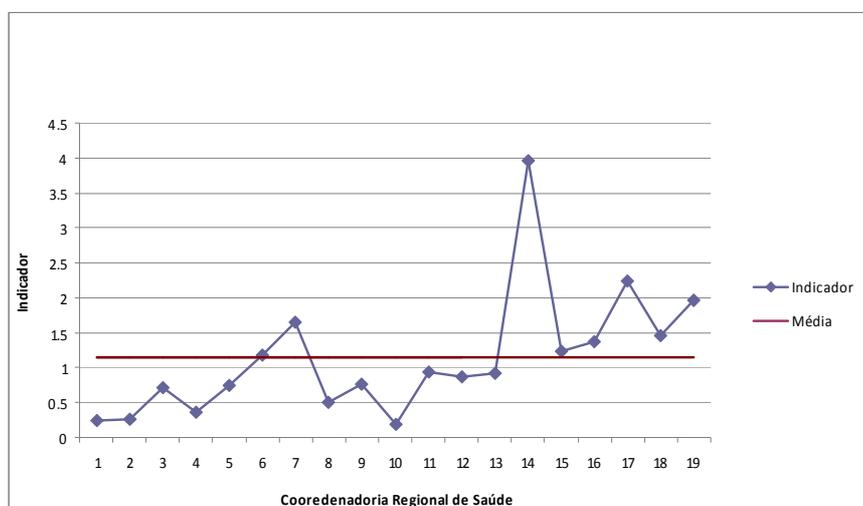


Figura 17: Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência  
Fonte: Elaborado pelo autor, com base na Tabela 3

A Figura 17 representa a distribuição dos serviços de Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Para esse gráfico percebe-se que a coordenadoria 14<sup>a</sup> apresenta maior oferta de serviço e a 10<sup>a</sup> é a que possui menor oferta de serviço. Considerando a média de 1,14, nota-se que a coordenadoria 6<sup>a</sup> possui oferta de serviços próximo dela. No total verificou-se que 57,90% das coordenadorias estão abaixo da média.

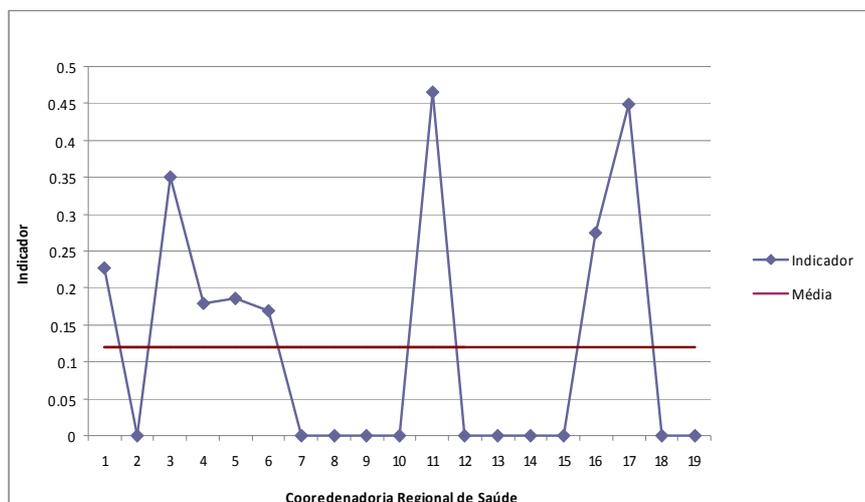


Figura 18: Unidades de Atenção ao Paciente Cardiológico  
Fonte: Elaborado pelo autor, com base na Tabela 3

A Figura 18 representa a distribuição dos serviços de Unidades de Atenção ao Paciente Cardiológico nas 19 coordenadorias do RS. Para esse gráfico percebe-se que a coordenadoria 11<sup>a</sup> apresenta maior oferta de serviço, e a 6<sup>a</sup> é a que possui menor oferta de serviço. Considerando a média de 0,12, nota-se que as coordenadorias que possuem oferta para o serviço estão acima da média. No total verificou-se que 57,89% das coordenadorias não possuem oferta para o serviço.

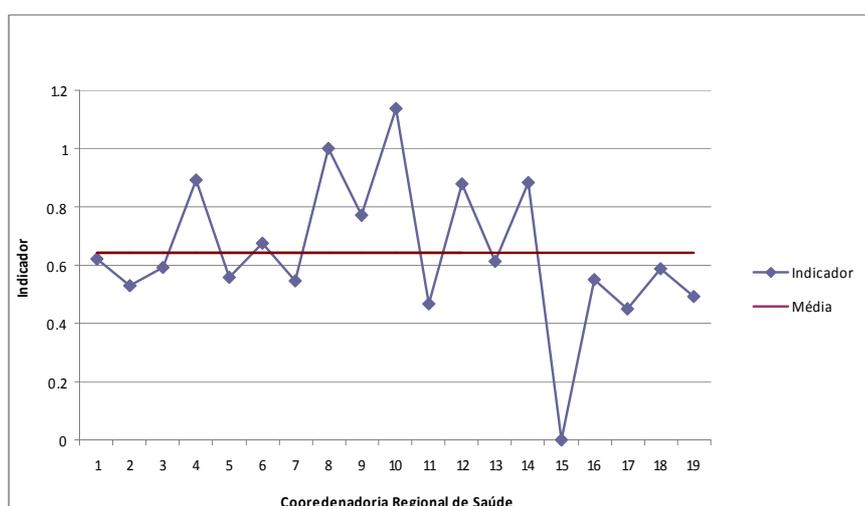


Figura 19: Unidades de Atenção em Nefrologia  
Fonte: Elaborado pelo autor, com base na Tabela 3

A Figura 19 representa a distribuição dos serviços Unidades de Atenção em Nefrologia nas 19 coordenadorias. Para esse gráfico percebe-se que a coordenadoria 10<sup>a</sup> apresenta maior oferta de serviço, e a 17<sup>a</sup> é a que possui menor oferta de serviço, já a coordenadoria 15<sup>a</sup> não possui oferta. Considerando a média de 0,64 nota-se que as coordenadorias 1<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup>, 16<sup>a</sup> e a 18<sup>a</sup> possuem oferta de serviços próximo dela. No total verificou-se que 63,15% das coordenadorias estão abaixo da média.

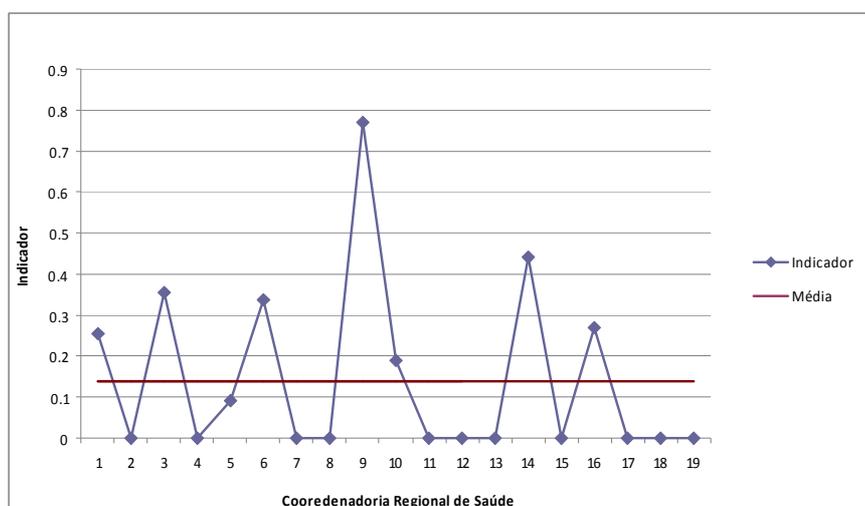


Figura 20: Unidades de Atenção ao Paciente Neurológico  
Fonte: Elaborado pelo autor, com base na Tabela 3

A Figura 20 representa a distribuição dos serviços de Unidades de Atenção ao Paciente Neurológico nas 19 coordenadorias. Para esse gráfico percebe-se que a coordenadoria 9<sup>a</sup> apresenta maior oferta de serviço, e a coordenadoria 5<sup>a</sup> é a que possui menor oferta de serviço, já as coordenadorias 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup> e a 19<sup>a</sup> não possuem oferta. Considerando a média de 0,14, nota-se que apenas a coordenadoria 10<sup>a</sup> possui oferta de serviços próximo dela. No total verificou-se que 57,89% das coordenadorias não apresentam oferta.

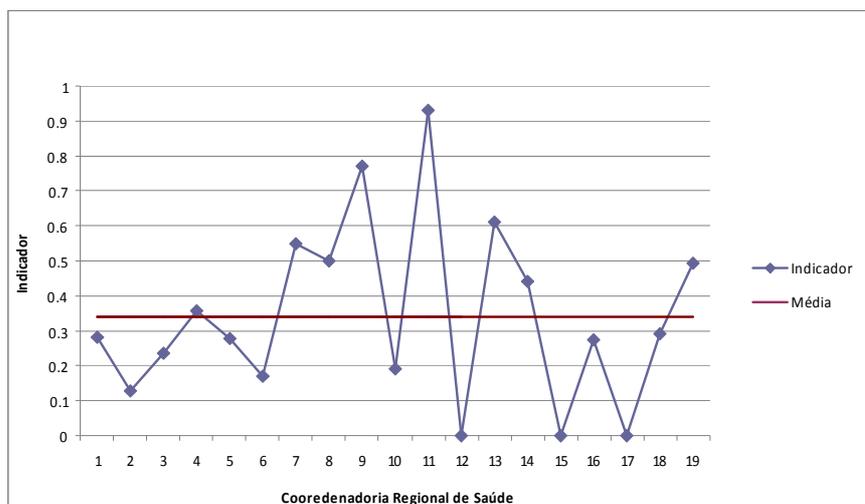


Figura 21: Unidades de Atenção em Oftalmologia

Fonte: Elaborado pelo autor, com base na Tabela 3

A Figura 21 representa a distribuição dos serviços de Unidades de Atenção em Oftalmologia nas 19 coordenadorias. Para esse gráfico percebe-se que a coordenadoria 11<sup>a</sup> apresenta maior oferta de serviço, e a 2<sup>a</sup> é a que possui menor oferta de serviço, já as coordenadorias 12<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup> e a 17<sup>a</sup> não possuem oferta. Considerando a média de 0,34, nota-se que as coordenadorias 4<sup>a</sup> e a 18<sup>a</sup> possuem oferta de serviços próximo dela. No total verificou-se que 57,89% das coordenadorias estão abaixo da média.

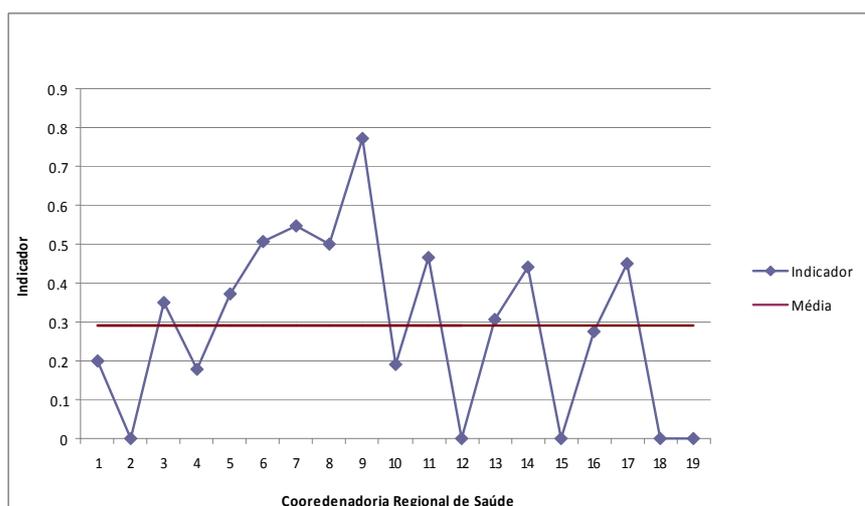


Figura 22: Rede de Assistência ao Paciente Oncológico

Fonte: Elaborado pelo autor, com base na Tabela 3

A Figura 22 representa a distribuição dos serviços de Rede de Assistência ao Paciente Oncológico nas 19 coordenadorias. Para esse gráfico percebe-se que a coordenadoria 9<sup>a</sup> apresenta maior oferta de serviço, e a 4<sup>a</sup> é a que possui menor oferta de serviço, já as coordenadorias 2<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup> e a 19<sup>a</sup> não possuem oferta, representando 26,31%. Considerando a média de 0,29 nota-se que as coordenadorias 3<sup>a</sup> e a 13<sup>a</sup> possuem oferta de serviços próximo dela. No total verificou-se que 47,37% das coordenadorias estão abaixo da média.

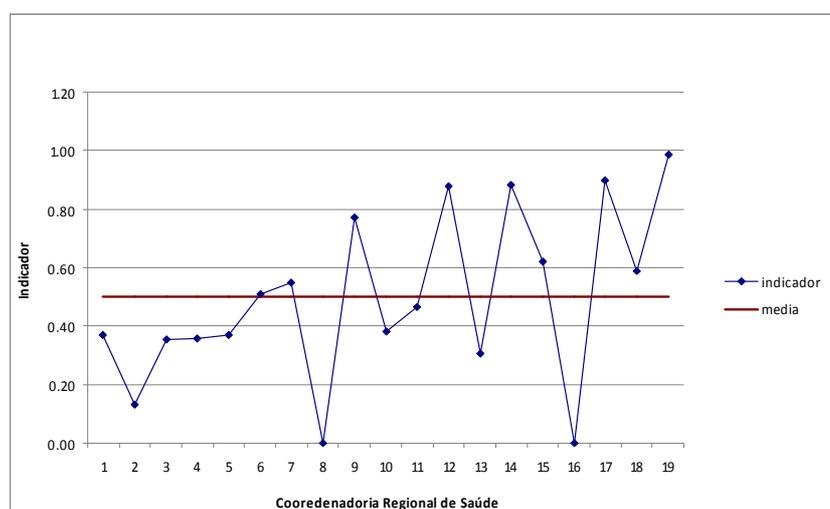


Figura 23: Unidades de Atenção em Traumatologia-Ortopedia

Fonte: Elaborado pelo autor, com base na Tabela 3

A Figura 23 representa a distribuição dos serviços de Unidades de Atenção em Traumatologia-Ortopedia nas 19 coordenadorias. Para esse gráfico percebe-se que a coordenadoria 19<sup>a</sup> apresenta maior oferta de serviço, e a 2<sup>a</sup> é a que possui menor oferta de serviço, já as coordenadorias 8<sup>a</sup> e a 16<sup>a</sup> não possuem oferta. Considerando a média de 0,50 nota-se que as coordenadorias 6<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup> e a 11<sup>a</sup> possuem oferta de serviços próximo dela. No total verificou-se que 52,62% das coordenadorias estão abaixo da média.

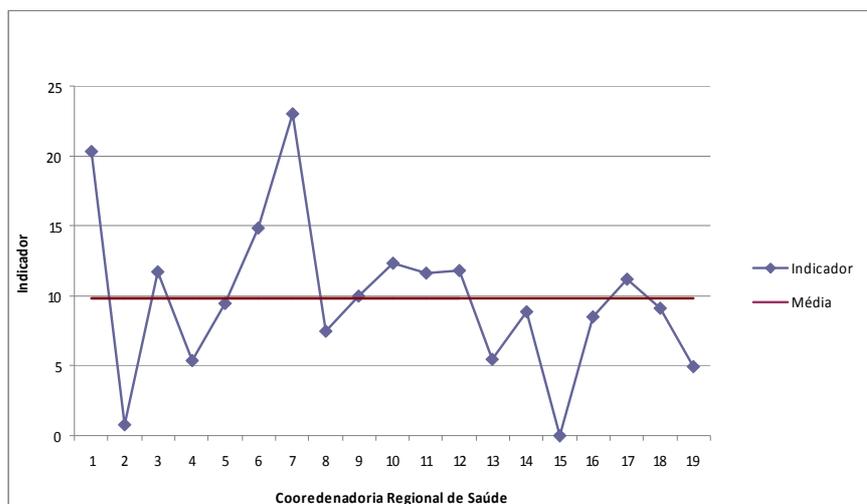


Figura 24: Leitos de UTI no RS  
Fonte: Elaborado pelo autor, com base na Tabela 3

A Figura 24 representa a distribuição dos serviços Leitos de UTI no RS nas 19 coordenadorias. Para esse gráfico percebe-se que a coordenadoria 7ª apresenta maior oferta de serviço, e a 2ª é a que possui menor oferta de serviço, já a coordenadoria 15ª não possui oferta. Considerando a média de 9,83, nota-se que as coordenadorias 5ª e a 9ª possuem oferta de serviços próximo dela. No total verificou-se que 52,63% das coordenadorias estão abaixo da média.

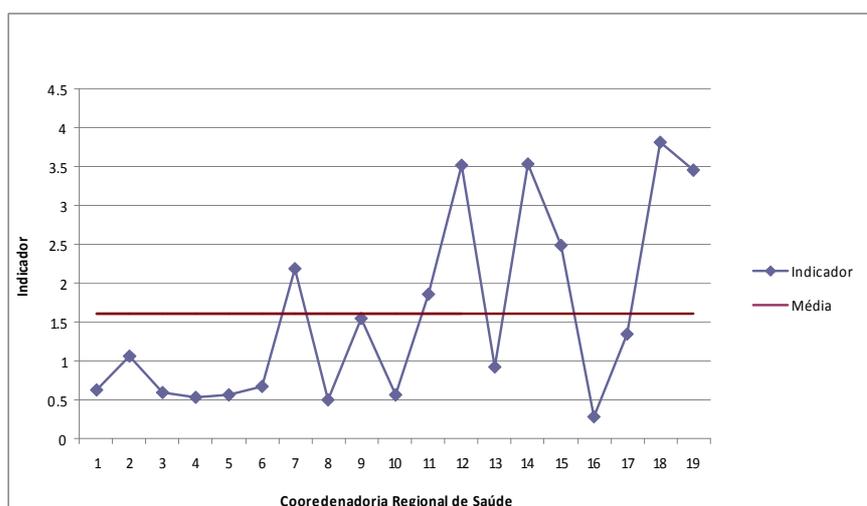


Figura 25: Bases do SAMU-SALVAR/RS  
Fonte: Elaborado pelo autor, com base na Tabela 3

A Figura 25 representa a distribuição dos serviços Bases do SAMU-SALVAR/RS nas 19 coordenadorias. Para esse gráfico percebe-se que a coordenadoria 18<sup>a</sup> apresenta maior oferta de serviço, e a 16<sup>a</sup> é a que possui menor oferta de serviço. Considerando a média de 1,58, nota-se que a coordenadoria 9<sup>a</sup> possui oferta de serviços próximo dela. No total verificou-se que 63,16% das coordenadorias estão abaixo da média.

### 5.3 CRUZAMENTOS DOS INDICADORES

#### 5.3.1 Análise Através de Correlação

A correlação dos indicadores da oferta de serviços e índice socioeconômico (IDESE) foi utilizada, preliminarmente, para comparar a distribuição dos serviços de saúde de alta complexidade nas dezenove microrregiões do RS, visando indicar como estão distribuídos os serviços de alta complexidade e sua relação com as características de quadro de desigualdade socioespacial no Estado.

A correlação demonstra o comportamento destas variáveis quando cruzadas, através de diagramas de dispersão, onde no eixo X indica os índices socioeconômico e o Eixo Y a oferta de distribuição de serviços, podendo possuir uma alta correlação positiva ou negativa.

***A título introdutório e independentemente exemplificam-se, a seguir, situações extremas de correlação altamente positiva e altamente negativa, utilizando-se valores tomados apenas como ilustração:***

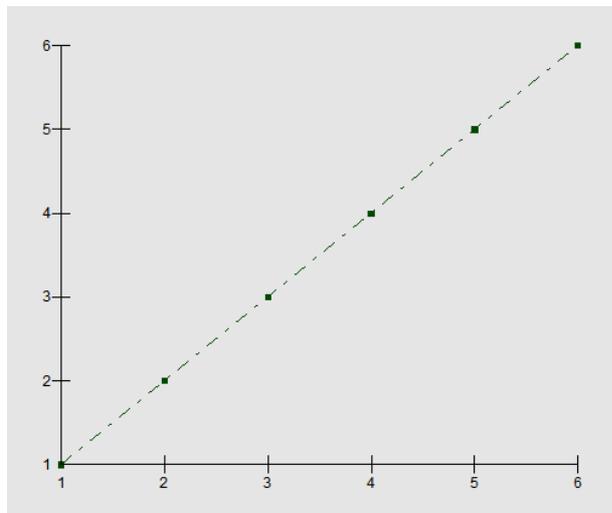


Figura 26: Alta correlação positiva

Fonte: Elaborado pelo autor

A Figura 26 representa a alta correlação positiva. Esta correlação demonstra **(caso ocorresse no presente estudo)**, que a distribuição dos serviços seria distribuída de forma a atender melhor as CRS que estão com altos índices socioeconômicos. Exemplifica casos extremos de inadequação na distribuição dos serviços de alta complexidade, pois uma população que possui maior recurso econômico, com possibilidade de recorrer à rede privada, disporia de recursos públicos, deixando assim às populações necessitadas destes serviços desassistidas.

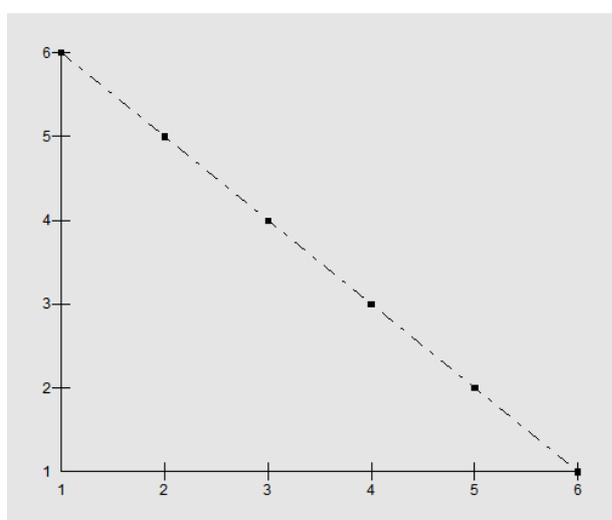


Figura 27: Alta correlação negativa

Fonte: Elaborado pelo autor

A Figura 27 representa a alta correlação negativa. Tal correlação demonstra que a distribuição dos serviços seria feita de forma a atender com mais recursos às CRS que possuem menor índice socioeconômico. Esse gráfico **é o modelo de uma situação desejável**, sob o ponto de vista de uma população com menor recurso e que necessita de suporte do poder público.

A introdução acima ilustra casos referenciais como modelos ou tipos de políticas.

A correlação entre os indicadores da oferta de serviços e o índice socioeconômico (IDESE), em cada CRS foi utilizada, preliminarmente, para comparar a distribuição dos serviços de saúde de alta complexidade nas dezenove microrregiões do RS, visando indicar como estão distribuídos os serviços de alta complexidade e sua relação com as características de quadro de desigualdade socioespacial no Estado.

Aplicando a técnica de análise de correlação a dados reais, do caso em estudo, examinou-se a relação entre a oferta de serviços da Rede de Atenção à Gestante *versus* Índice socioeconômico (Figura 28), constatou-se como resultado um coeficiente de Determinação  $R^2 = 0,005$ , isto é, inexistência de correlação. A aplicação analisou as 12 especialidades nas CRS, sendo que a especialidade de neurologia apresentou uma baixa correlação positiva.

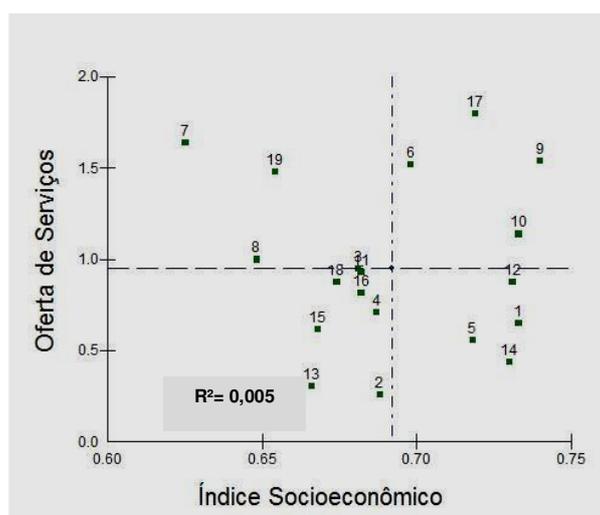


Figura 28: Exemplo de análise de correlação entre a oferta de serviços de Rede de Atenção à Gestante *versus* Índice Socioeconômico  
Fonte: Elaborado pelo autor

A técnica de análise de correlação não se revelou útil para interpretações generalizáveis, visto ocorrer situações heterogêneas de relações entre os indicadores de oferta e de qualificação da demanda, isto é, sinaliza que há composição de diversas políticas. Essa diversidade pode corresponder à existência de subgrupos, a serem examinados.

Diante deste quadro, optou-se por um método que contempla a identificação dessa diversidade, como a seguir se apresenta<sup>1</sup>:

### **5.3.2 Apresentação do Método Adotado para a Análise da Qualificação da Oferta dos Serviços Segundo Índice Socioeconômico por Região de Saúde**

A qualificação da oferta dos serviços segundo Índice Socioeconômico por Região de Saúde foi desenvolvida através da utilização de duas variáveis: indicador da oferta de serviços e média do IDESE de cada coordenadoria.

Com esses valores elaboraram-se os gráficos do tipo diagrama de dispersão, a fim de obter a análise da oferta com o índice socioeconômico.

**Média:** É uma medida que nos informa onde fica o centro da distribuição dos dados. São as medidas de tendência central mais comumente utilizadas para descrever resumidamente uma distribuição de frequências.

**Linha horizontal:** Média da oferta de serviços. Todas as coordenadorias que estão acima dessa linha apresentam oferta de serviços superior. (A média é calculada a partir da oferta do referido serviço para todas as coordenadorias e dividido por 19.)

---

<sup>1</sup> Esse procedimento se apóia em métodos de análise ora em desenvolvimento na Pesquisa A efetividade das políticas públicas de planejamento urbano na evolução urbana, conduzidas pelo Prof. Dr. Oberon da Silva Mello e Prof<sup>ª</sup> Dra. Livia Salomão Piccinini, no PROPUR/UFRGS.

**Linha Vertical:** Média do IDESE. A média do IDESE será a mesma para todos os gráficos, então as coordenadorias poderão variar em relação à oferta dos serviços, mas nunca o IDESE, pois a qualificação socioeconômica da demanda será a mesma.

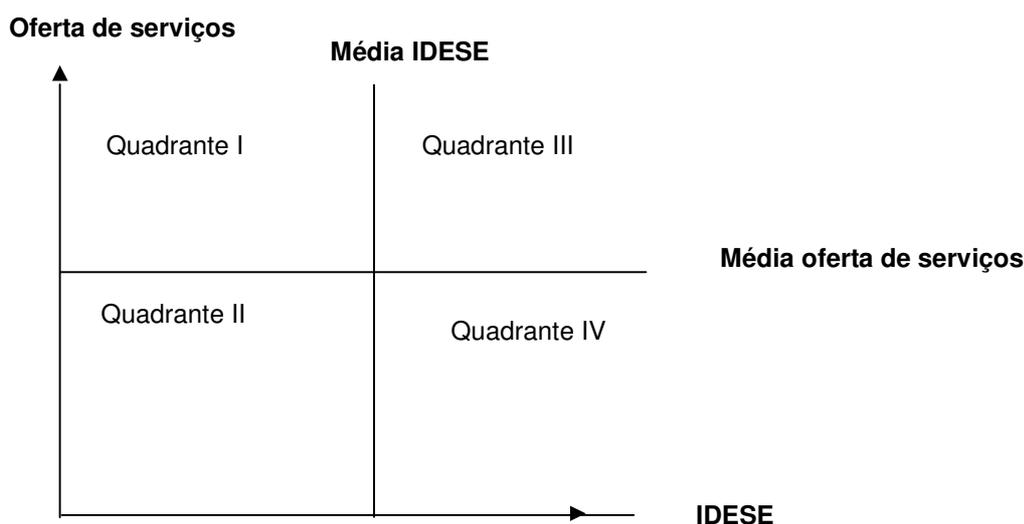


Figura 29: Representação dos parâmetros de análise

A Figura 29 apresenta a distribuição dos quadrantes com as seguintes interpretações:

**Quadrante I:** Apresentará as coordenadorias que são superiores à média para a oferta de serviços e abaixo da média para IDESE;

**Quadrante II:** As coordenadorias são inferiores à média para ambas as variáveis;

**Quadrante III:** As coordenadorias são superiores à média para ambas as variáveis;

**Quadrante IV:** As coordenadorias que estão localizadas nesse quadrante possuem um IDESE superior à média e baixa oferta de serviços.

A distribuição segundo os quadrantes é um instrumento, que embora simples, mostrou-se valioso para a classificação de relações do tipo que estão em exame, nas quais a aplicação de análise de correlação não permite avanços nas interpretações.

Deve-se levar em consideração para fins de distribuição dos serviços que as CRS que estão numa margem de 5% acima ou abaixo da média podem ser consideradas como situações neutras ou igualitárias em termos de política, e os demais

casos, fora dessa situação são os objetos principais nesta análise voltada para identificar o significado de ações diferenciadas de oferta. Nas interpretações que se seguem esses casos - muito próximos da média - estão abrangidos nas alocações por quadrante, mas com essa ressalva.

### 5.3.3 Análises Segundo os Tipos de Serviços

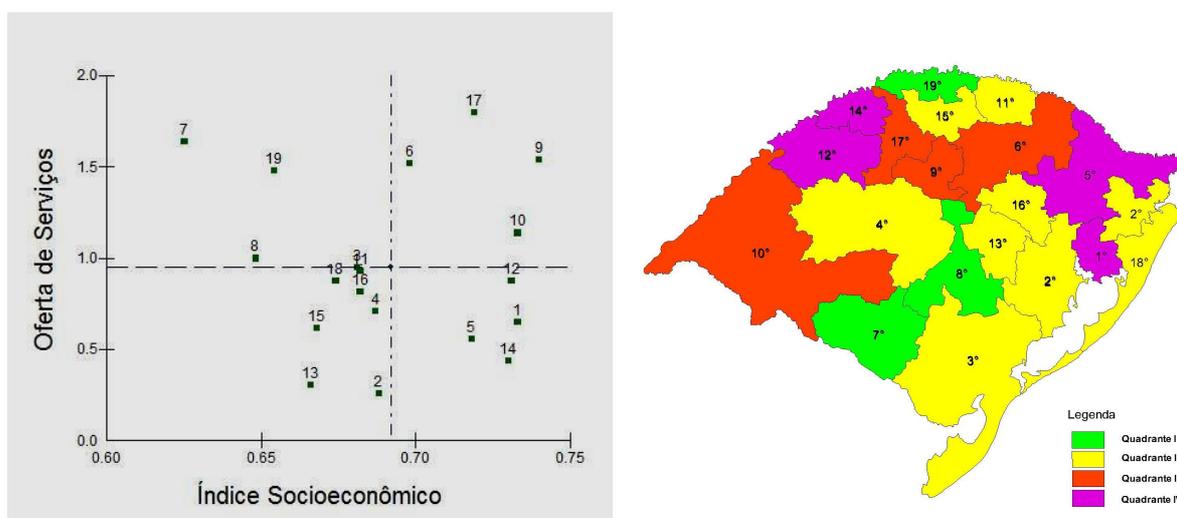


Figura 30: Rede de Atenção à Gestante  
Fonte: Elaborado pelo autor

A Figura 30 representa a oferta de serviços para Rede de Atenção à Gestante. Ao observar o Eixo Y no gráfico é possível verificar que a média deste serviço prestado nas 19 coordenadorias é de 0,95.

Na distribuição deste serviço, percebe-se que no quadrante I encontram-se as coordenadorias 7<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup> e a 19<sup>a</sup>, que apresentam um IDESE abaixo da média e oferta superior à média, destacando-se das demais. Para o quadrante II encontram-se as CRS 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup>, 16<sup>a</sup> e a 18<sup>a</sup>, que ao comparar possui uma situação problemática, pois além de possuir baixo IDESE também a oferta está abaixo da média. No quadrante III estão localizadas as coordenadorias 6<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e a 17<sup>a</sup> indicando que ambas as variáveis são superior à média. Já no quadrante IV as CRS 1<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e a 14<sup>a</sup> a oferta do serviço é inferior à média.

Conclui-se que 63,15% das coordenadorias possuem oferta inferior *versus* qualificação inferior e/ou oferta superior *versus* qualificação superior. Sendo possível

diagnosticar que existe uma inadequação dos serviços ao comparar com o índice socioeconômico, necessitando de investimentos em políticas de distribuição de oferta para este serviço, sendo ainda necessária uma maior atenção para as coordenadorias que estão no quadrante II.

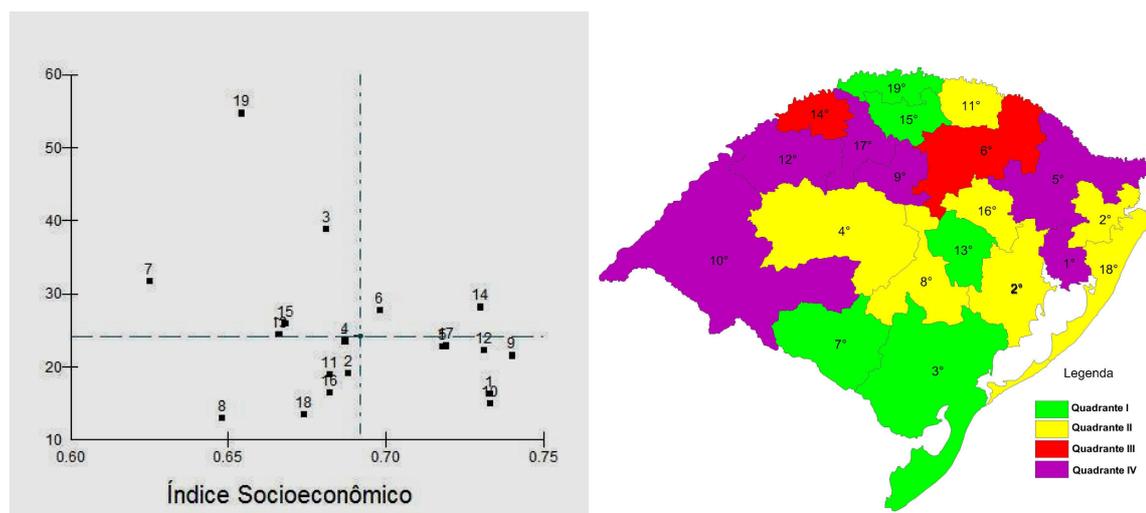


Figura 31: Distribuição dos Leitos em Hospitais Psiquiátricos/ Leitos PSI / Álcool e Drogas  
Fonte: Elaborado pelo autor

A Figura 31 representa a oferta de serviços para Distribuição dos Leitos em Hospitais Psiquiátricos/ Leitos PSI / Álcool e Drogas. Ao observar o Eixo Y no gráfico, é possível verificar que a média do serviço prestado nas 19 coordenadorias é de 24,09.

Na distribuição dos leitos nas coordenadorias, percebe-se que no quadrante I encontram-se as coordenadorias 3ª, 7ª, 13ª, 15ª e a 19ª, que apresenta um IDESE abaixo da média e oferta superior à média, destacando-se das demais. Para o quadrante II encontra-se a 2ª, 4ª, 8ª, 11ª, 16ª e a 18ª, que possuem uma situação problemática, pois, além de possuir baixo IDESE, também a oferta está abaixo da média. No quadrante III estão localizadas as coordenadorias 6ª e a 14ª indicando que ambas as variáveis são superiores à média. Já no quadrante IV as CRS 1ª, 5ª, 9ª, 10ª, 12ª e a 17ª a oferta do serviço é inferior à média.

Conclui-se que 42,10% das coordenadorias possuem oferta inferior *versus* qualificação inferior e/ou oferta superior *versus* qualificação superior. Sendo possível diagnosticar que existe uma inadequação dos serviços ao comparar com o índice

socioeconômico, necessitando de investimentos em políticas de distribuição de oferta para este serviço, sendo ainda necessária uma maior atenção para as coordenadorias que estão no quadrante II.

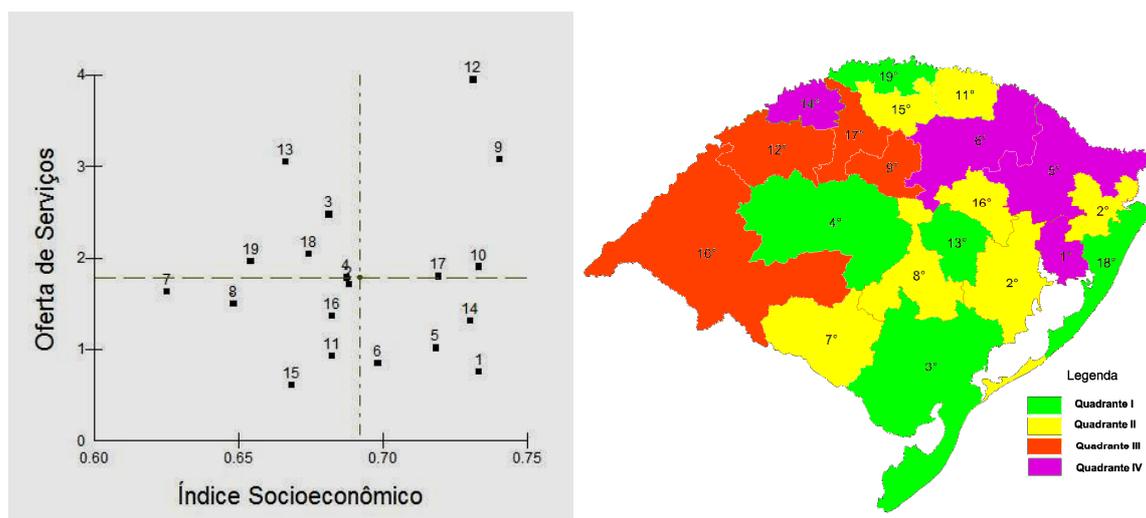


Figura 32: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Comunidades Terapêuticas (CT)

Fonte: Elaborado pelo autor

A Figura 32 representa a oferta de serviços para CAPS e CT. Ao observar o Eixo Y no gráfico, é possível verificar que a média deste serviço prestado nas 19 coordenadorias é de 1,78.

Na distribuição deste serviço, percebe-se que no quadrante I encontram-se as coordenadorias 3ª, 4ª, 13ª, 18ª e a 19ª, que apresentam um IDESE abaixo da média e oferta superior à média, destacando-se das demais. Para o quadrante II encontram-se as CRS 2ª, 7ª, 8ª, 11ª, 15ª e a 16ª, que ao comparar possui uma situação problemática, pois, além de possuir baixo IDESE, também a oferta está abaixo da média. No quadrante III estão localizadas as coordenadorias 9ª, 10ª, 12ª e a 17ª indicando que ambas as variáveis são superiores à média. Já no quadrante IV as CRS 1ª, 5ª, 6ª e a 14ª a oferta do serviço é inferior à média.

Na última década, o CAPS tem se expandido no RS, devido à política de saúde mental adotada pelo Ministério da Saúde, em que os repasses financeiros são feitos fundo a fundo, facilitando assim a sua implantação e manutenção, melhorando a oferta deste serviço.

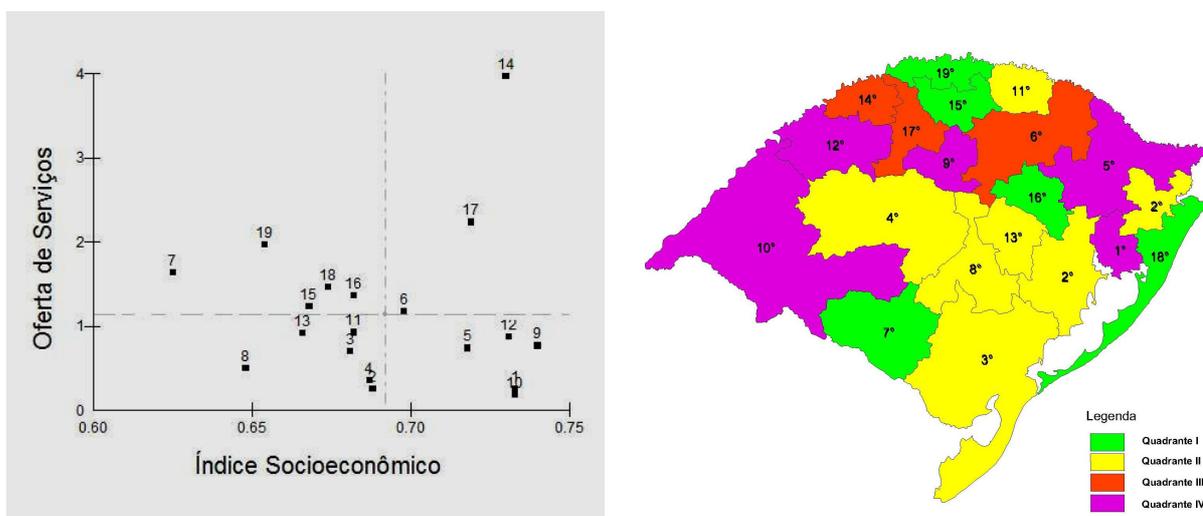


Figura 33: Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

Fonte: Elaborado pelo autor

A Figura 33 representa a oferta de serviços para Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Ao observar o Eixo Y no gráfico, é possível verificar que a média do serviço prestado nas 19 coordenadorias é de 1,14.

Na distribuição deste serviço, percebe-se que no quadrante I encontram-se as coordenadorias 7ª, 15ª, 16ª, 18ª e a 19ª, que apresentam um IDESE abaixo da média e oferta superior à média, destacando-se das demais. Para o quadrante II encontram-se as CRS 2ª, 3ª, 4ª, 8ª, 11ª e a 13ª, que possuem uma situação problemática, pois, além de possuir baixo IDESE, também a oferta está abaixo da média. No quadrante III estão localizadas as coordenadorias 6ª, 14ª e a 17ª indicando que ambas as variáveis são superiores à média. Já no quadrante IV as CRS 1ª, 5ª, 9ª, 10ª e a 12ª a oferta do serviço é inferior à média.

Conclui-se que 47,36% das coordenadorias possuem oferta inferior *versus* qualificação inferior e/ou oferta superior *versus* qualificação superior. Sendo possível diagnosticar que existe uma inadequação dos serviços, ao comparar com o índice socioeconômico, necessitando de investimentos em políticas de distribuição de oferta para esse serviço, sendo ainda necessária uma maior atenção para as coordenadorias que estão no quadrante II.

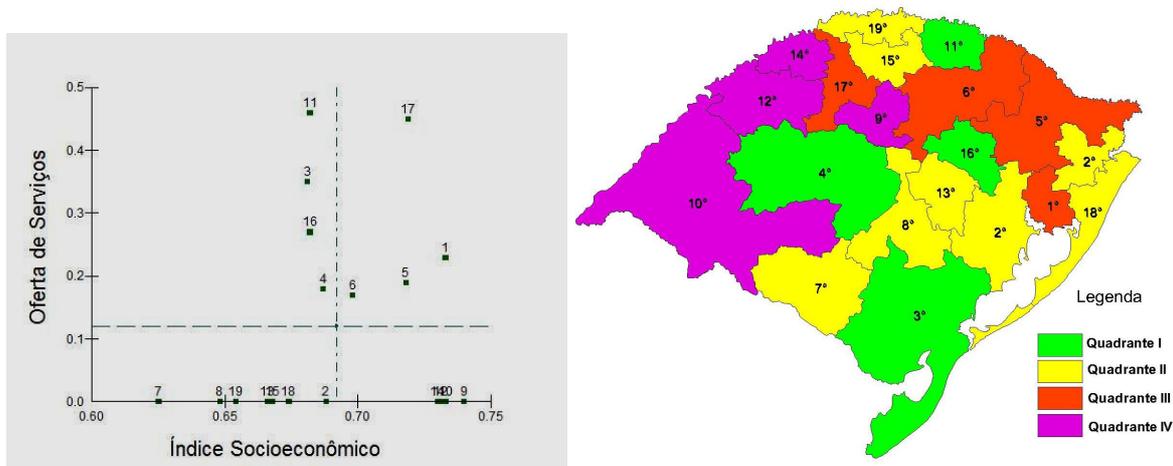


Figura 34: Unidades de Atenção ao Paciente Cardiológico  
Fonte: Elaborado pelo autor

A Figura 34 representa a oferta de serviços para Unidades de Atenção ao Paciente Cardiológico. Ao observar o Eixo Y no gráfico, é possível verificar que a média do serviço prestado nas 19 coordenadorias é de apenas 0,12, o que se pode concluir que possui baixa cobertura para o serviço no Rio Grande do Sul, além das coordenadorias 2ª, 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 12ª, 13ª, 14ª, 15ª, 18ª e a 19ª não possuem oferta, representando 57,89% das coordenadorias, todas as que estão localizadas nos quadrantes II e IV. As coordenadorias 11ª e a 17ª são as que possuem uma melhor oferta, representando respectivamente, 0,46 e 0,45.

Na distribuição deste serviço, percebe-se que no quadrante I está localizada a coordenadoria 3ª, 4ª, 11ª e a 16ª, que apresentam um IDESE abaixo da média e oferta superior à média, destacando-se das demais. Para o quadrante II encontram-se as CRS 2ª, 7ª, 8ª, 13ª, 15ª, 18ª e a 19ª, que possuem uma situação problemática, pois, além de possuir baixo IDESE, também não apresentam oferta do serviço. No quadrante III estão localizadas as coordenadorias 1ª, 5ª, 6ª e a 17ª indicando que ambas as variáveis são superiores a média. Já no quadrante IV as CRS 9ª, 10ª, 12ª e a 14ª, apesar de possuírem IDESE acima da média, não ofertam tal serviço.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2007), as doenças crônicas degenerativas apresentaram um aumento significativo no Brasil e no restante do mundo. Entre elas, destacam-se as doenças cardiovasculares, que representam algumas das mais frequentes causas de morbi-mortalidade, acarretando

ao SUS, o consequente aumento pela demanda de procedimentos de alta complexidade em cardiologia.

Conclui-se que 57,89% das coordenadorias possuem oferta inferior *versus* qualificação inferior e/ou oferta superior *versus* qualificação superior. Sendo possível diagnosticar uma necessidade de investimentos em políticas de distribuição de oferta para este serviço, pois o mesmo possui uma média baixa na avaliação geral das coordenadorias, tornando-se ainda necessária uma maior atenção para a coordenadoria que está no quadrante II.

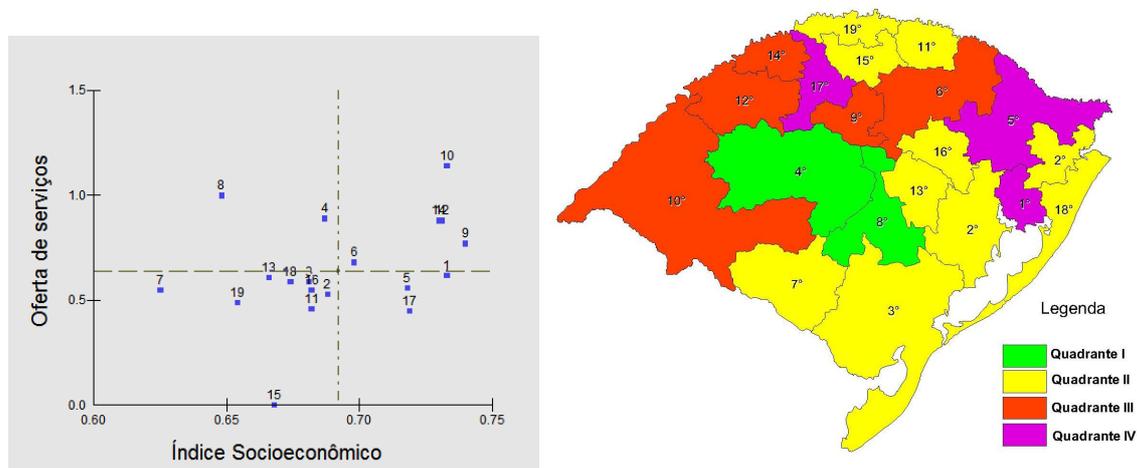


Figura 35: Unidades de Atenção em Nefrologia

Fonte: Elaborado pelo autor

A Figura 35 representa a oferta de serviços para Unidades de Atenção em Nefrologia. Ao observar o Eixo Y no gráfico é possível verificar que a média do serviço prestado nas 19 coordenadorias é de apenas 0,64, o que pode concluir que possui baixa oferta para esse serviço no Rio Grande do Sul, além da coordenadoria 15ª não possui oferta do mesmo.

Na distribuição deste serviço, percebe-se que no quadrante I está localizada a coordenadoria 4ª e a 8ª, que apresentam um IDESE abaixo da média e oferta superior à média, destacando-se das demais na prestação do serviço. Para o quadrante II encontram-se as CRS 2ª, 3ª, 7ª, 11ª, 13ª, 15ª, 16ª, 18ª e a 19ª, que possuem uma situação problemática, pois, além de possuir baixo IDESE, também a oferta está abaixo da média. No quadrante III estão localizadas as coordenadorias 6ª, 9ª, 10ª, 12ª e a 14ª

indicando que ambas as variáveis são superiores à média. Já no quadrante IV as CRS 1<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> e a 17<sup>a</sup> a oferta do serviço é inferior à média.

Os serviços de Nefrologia estão entre os que apresentam pior distribuição dentro do Estado. Eles exigem uma atenção especial em razão dessa disparidade, pois 73,68% possuem oferta inferior *versus* qualificação inferior e/ou oferta superior *versus* qualificação superior. Sendo possível diagnosticar uma necessidade de investimentos em políticas de distribuição de oferta para o serviço, com maior atenção para a coordenadoria que está no quadrante II.

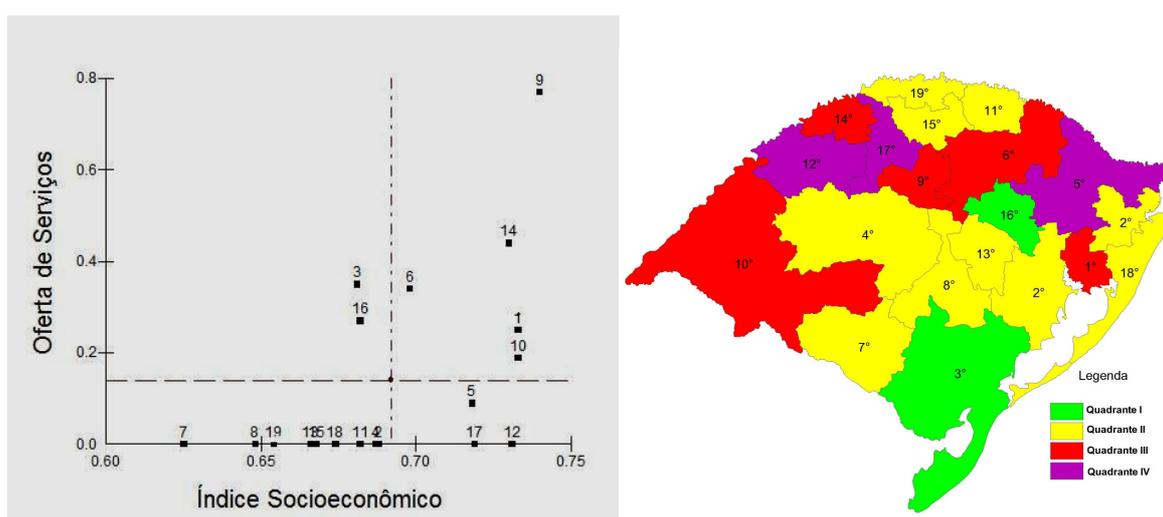


Figura 36: Unidades de Atenção ao Paciente Neurológico  
Fonte: Elaborado pelo autor

A Figura 36 representa a oferta de serviços para Unidades de Atenção ao Paciente Neurológico. Ao observar o Eixo Y no gráfico, é possível verificar que a média desse serviço prestado nas 19 coordenadorias é de 0,14, o que se pode concluir que é baixa oferta no Rio Grande do Sul, além das coordenadorias 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup> e a 19<sup>a</sup> não ofertarem esse serviço.

Na distribuição deste serviço, percebe-se que no quadrante I estão localizadas as coordenadorias 3<sup>a</sup> e a 16<sup>a</sup>, que apresentam um IDESE abaixo da média e oferta superior à média, destacando-se das demais na prestação do serviço. Para o quadrante II encontram-se as CRS 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup> e a 19<sup>a</sup>, que possuem uma situação problemática, pois, além de possuir baixo IDESE, também não possuem oferta

para este serviço. No quadrante III estão localizadas as coordenadorias 1<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e a 14<sup>a</sup> indicando que ambas as variáveis são superiores à média. Já no quadrante IV estão as coordenadorias 5<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e a 17<sup>a</sup>.

A neurologia é um serviço que apresenta baixa cobertura no RS, uma vez que nem todas as coordenadorias o disponibilizam. As que têm os serviços instalados também têm baixa oferta, o que é agravado pelo pequeno número de médicos especialistas em toda rede estadual do SUS; caracterizando-se como um dos serviços com maior dificuldade de acesso. É necessária uma atenção especial, pois 73,68% das coordenadorias possuem oferta inferior *versus* qualificação inferior e/ou oferta superior *versus* qualificação superior, sendo possível diagnosticar uma necessidade de investimentos em políticas de distribuição de oferta para o serviço, com uma maior atenção para as coordenadorias que estão no quadrante II.

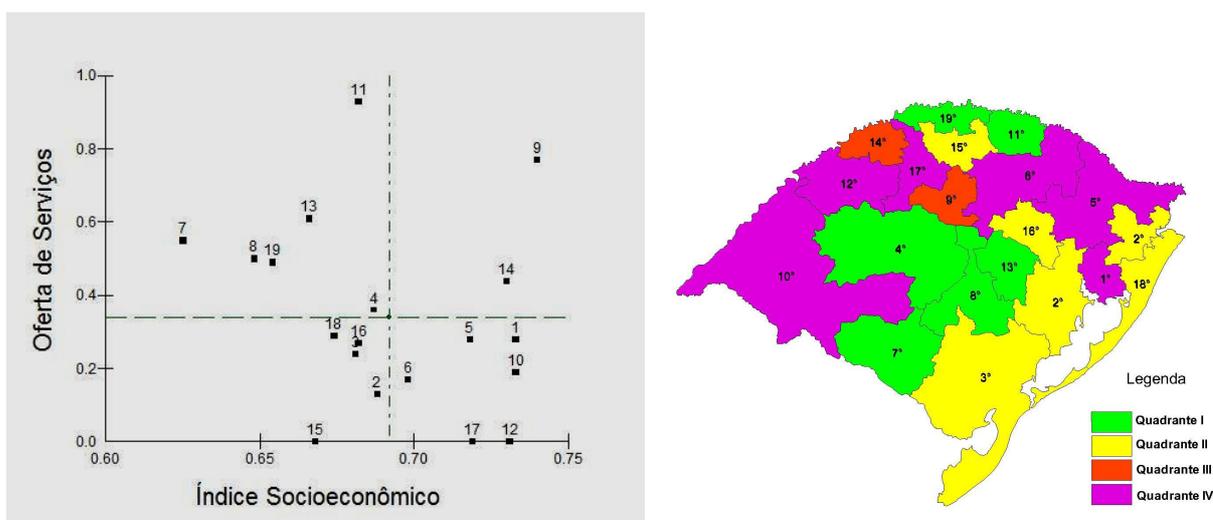


Figura 37: Unidades de Atenção em Oftalmologia  
Fonte: Elaborado pelo autor

A Figura 37 representa a oferta de serviços para Unidades de Atenção em Oftalmologia. Ao observar o Eixo Y no gráfico, é possível verificar que a média desse serviço prestado nas 19 coordenadorias é de 0,34, além das coordenadorias 12<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup> e a 17<sup>a</sup> não o disponibilizarem.

Na distribuição deste serviço, percebe-se que no quadrante I estão localizadas as coordenadorias 4<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e a 19<sup>a</sup>, que apresentam um IDESE abaixo da

média e oferta superior à média, destacando-se das demais na prestação do serviço. Para o quadrante II encontram-se as CRS 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup>, 16<sup>a</sup> e a 18<sup>a</sup> que possuem uma situação problemática, pois, além de possuírem baixo IDESE, também a oferta está abaixo da média. No quadrante III estão localizadas as coordenadorias 9<sup>a</sup> e a 14<sup>a</sup>, indicando que ambas as variáveis são superiores à média. Já no quadrante IV estão as coordenadorias 1<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e a 17<sup>a</sup>.

Nota-se que os serviços de oftalmologia é um dos que estão mais bem distribuídos na Rede Estadual, pois além de apresentar uma boa cobertura regional, suficiente para atender a demanda, bem como estão dentro de um padrão razoável de acessibilidade, incluindo boa oferta de serviços e um percurso não muito distante de acesso a cidade de referência, com exceção do banco de olhos localizado em Porto Alegre.

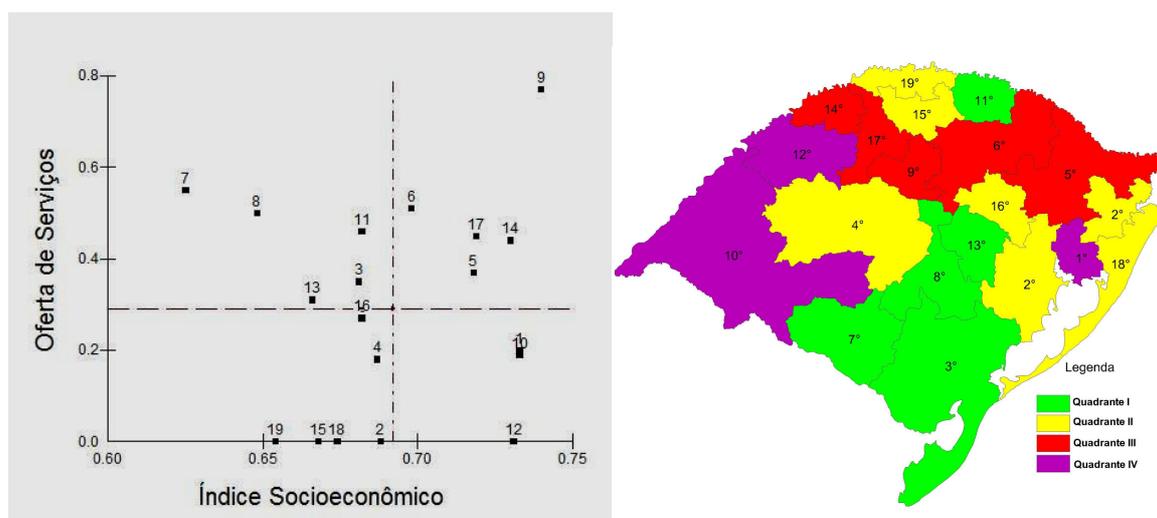


Figura 38: Rede de Assistência ao Paciente Oncológico  
Fonte: Elaborado pelo autor

A Figura 38 representa a oferta de serviços para Rede de Assistência ao Paciente Oncológico. Ao observar o Eixo Y no gráfico, é possível verificar que a média desse serviço prestado nas 19 coordenadorias é de 0,29, o que se pode concluir que é baixa a oferta para o serviço no Rio Grande do Sul, além das coordenadorias 2<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, e a 19<sup>a</sup>, não o disponibilizarem.

Na distribuição deste serviço, percebe-se que no quadrante I estão localizadas as coordenadorias 3<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup> e a 13<sup>a</sup>, que apresentam um IDESE abaixo da média e oferta superior à média, destacando-se das demais na prestação do serviço. Para o quadrante II encontram-se as CRS 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup>, 16<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup> e a 19<sup>a</sup>, que possuem uma situação problemática, pois, além de possuir baixo IDESE, também a oferta está abaixo da média. No quadrante III estão localizadas as coordenadorias 5<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 14<sup>a</sup> e a 17<sup>a</sup>, indicando que ambas as variáveis são superiores à média. Já no quadrante IV estão as coordenadorias 1<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e a 12<sup>a</sup>.

Os serviços de oncologia através dos Centros de assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) apresentam-se de forma equilibrada dentro das CRS que utilizam os serviços, porém quase um terço das demais CRS não possuem Cacon e 57,89% das unidades têm problemas relacionados entre oferta e demanda os quais podem ser ajustados estabelecendo estratégias de planejamento baseadas nos indicadores inadequados.

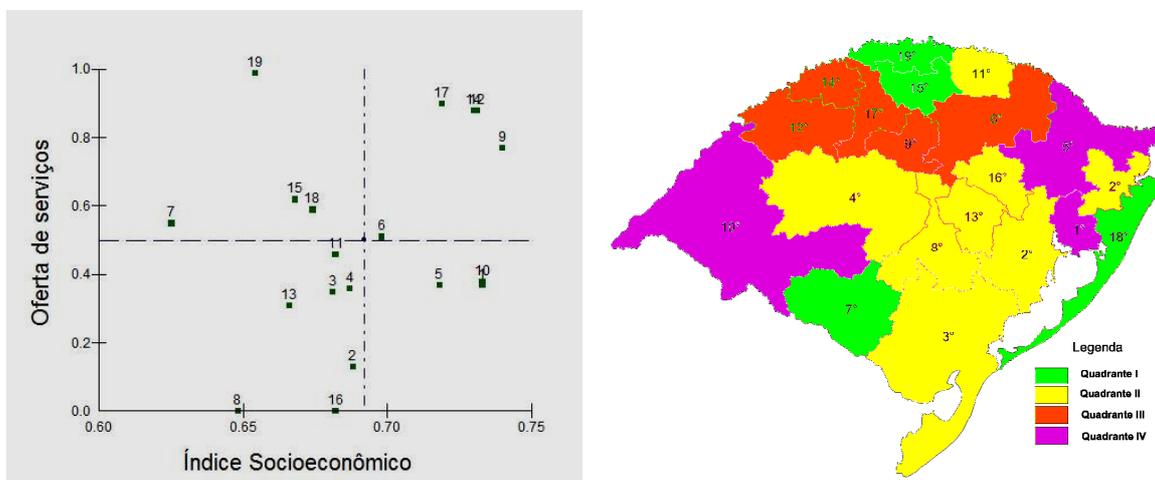


Figura 39: Unidades de Atenção em Traumatologia-Ortopedia  
Fonte: Elaborado pelo autor

A Figura 39 representa a oferta de serviços para Unidades de Atenção em Traumatologia-ortopedia. Ao observar o Eixo Y no gráfico, é possível verificar que a média desse serviço prestado nas 19 coordenadorias é de apenas 0,50, o que se pode concluir que a oferta para o serviço é baixa no Rio Grande do Sul, além das coordenadorias 8<sup>a</sup> e a 16<sup>a</sup> não o disponibilizarem.

Na distribuição deste serviço, percebe-se que no quadrante I está localizada a coordenadoria 7<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup> e a 19<sup>a</sup>, que apresentam um IDESE abaixo da média e oferta superior à média, destacando-se das demais na prestação do serviço. Para o quadrante II encontram-se as CRS 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e a 16<sup>a</sup>, que possuem uma situação problemática, pois, além de possuir baixo IDESE, também a oferta está abaixo da média. No quadrante III estão localizadas as coordenadorias 6<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup>, 14<sup>a</sup>, e a 17<sup>a</sup> indicando que ambas as variáveis são superiores à média. Já no quadrante estão IV as coordenadorias 1<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> e a 10<sup>a</sup>.

Conclui-se que 63,15% das coordenadorias estão é inadequadas ao comparar com o IDESE, pois possuem oferta inferior *versus* qualificação inferior e/ou oferta superior *versus* qualificação superior, necessitando de investimentos em políticas de distribuição de oferta para o serviço, com uma maior atenção para as coordenadorias que estão no quadrante II.

A especialidade de traumatologia possui uma baixa oferta, porém uma boa cobertura, pois apenas duas coordenadorias não disponibilizam este serviço.

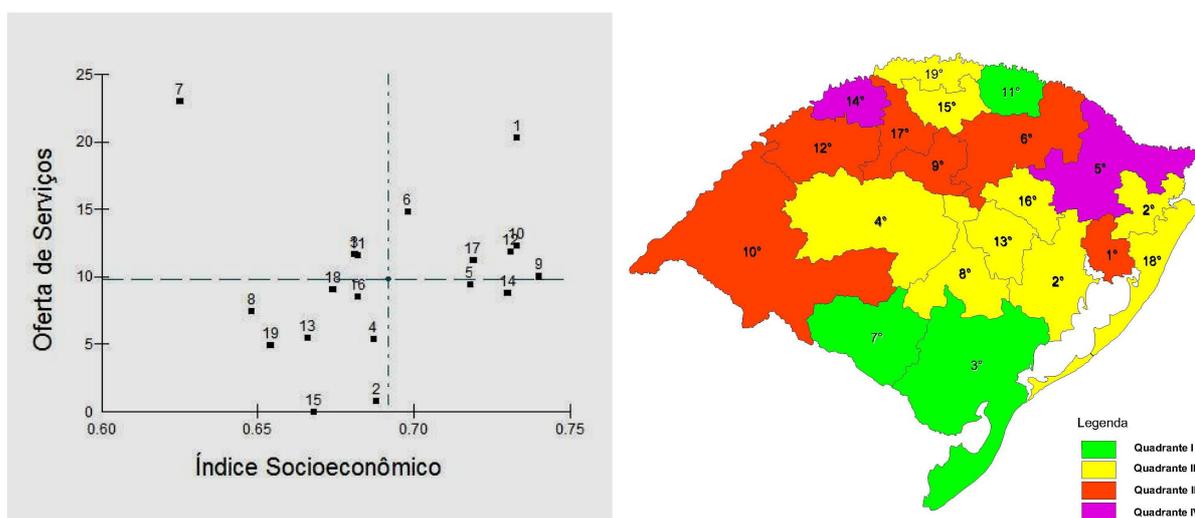


Figura 40: Leitos de UTI no RS  
Fonte: Elaborado pelo autor

A Figura 40 representa a oferta de serviços para Leitos UTI no RS. Ao observar o Eixo Y no gráfico, é possível verificar que a média desse serviço prestado nas 19 coordenadorias é de 9,83, o que se pode concluir que é baixa a oferta.

Na distribuição deste serviço, percebe-se que no quadrante I estão localizadas as coordenadorias 3<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup> e a 11<sup>a</sup>, que apresentam um IDESE abaixo da média e oferta superior à média, destacando-se das demais na prestação do serviço. Para o quadrante II encontram-se as CRS 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup>, 16<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup> e a 19<sup>a</sup>, que possuem uma situação problemática, pois, além de possuírem baixo IDESE, também a oferta está abaixo da média. No quadrante III estão localizadas as coordenadorias 1<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e a 17<sup>a</sup> indicando que ambas as variáveis são superior à média. No quadrante IV estão às coordenadorias 5<sup>a</sup> e a 14<sup>a</sup>.

Como nesse item foram avaliados todos os tipos de leitos de UTI, cabe uma observação em relação à cobertura insuficiente das UTIs Neonatais. Estas também são mal distribuídas, pois na sua maioria estão na região metropolitana, dificultando o acesso de regiões distantes do interior do Estado, as quais não possuem o serviço em suas regionais. As UTIs funcionam sempre no limite, pois, estão distribuídas na proporção de 1 leito para 3,7 mil nascimentos no RS, enquanto a academia americana de pediatria estabelece a necessidade de 1 a 3 leitos para mil nascidos vivos.

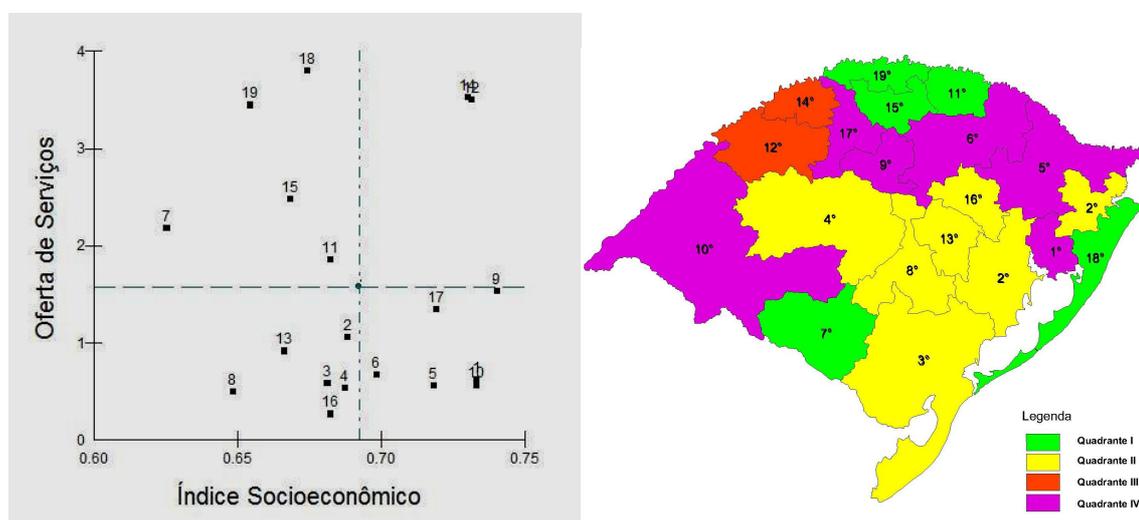


Figura 41: Bases do SAMU-SALVAR/RS  
Fonte: Elaborado pelo autor

A Figura 41 representa a oferta de serviços Bases do SAMU-SALVAR/RS. Ao observar o Eixo Y no gráfico, é possível verificar que a média desse serviço prestado nas 19 coordenadorias é de 1,58, o que se pode concluir que é baixa a oferta no Rio Grande do Sul.

Na distribuição deste serviço, percebe-se que no quadrante I estão localizadas as coordenadorias 7<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup> e a 19<sup>a</sup>, que apresentam um IDESE abaixo da média e oferta superior à média, destacando-se das demais. Para o quadrante II encontram-se as CRS 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e a 16<sup>a</sup>, que possuem uma situação problemática, pois, além de possuir baixo IDESE, também a oferta está abaixo da média. No quadrante III estão localizadas as coordenadorias 12<sup>a</sup> e a 14<sup>a</sup> indicando que ambas as variáveis são superiores à média. No quadrante IV, estão as coordenadorias 1<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e a 17<sup>a</sup>.

Por se tratar de um serviço recente, é natural que o desequilíbrio exista entre as regiões das quais muitos municípios não reúnem condições de assumirem o projeto SAMU, tendo em vista os regramentos para sua instalação.

#### **5.4 Análise Conclusiva**

A efetiva consolidação do SUS configura-se como possibilidade de mudança na forma com que os serviços e práticas de saúde se organizam, redirecionando enfoques e pautando-se em paradigmas voltados para a saúde como expressão de cidadania (GÖTTES & PIRES, 2009). A saúde é estabelecida pela Constituição Federal como uma política pública, cabendo à administração pública a responsabilidade pela sua execução, devendo garantir a universalidade, integralidade, igualdade e gratuidade a todos os brasileiros.

Para facilitar a forma de aplicação dessa política, o SUS está dividido em serviços de atenção básica, média e alta complexidade, sendo que o primeiro é de responsabilidade do Município e os demais do Estado. Tais serviços estão estritamente relacionados, pois na ausência ou deficiência de um dos fatores os demais serão diretamente afetados, sendo necessária a regulação desses para otimizar a escassez de oferta.

A eficiência do sistema está intimamente relacionada na forma de como os recursos se distribuem nas regiões, devendo ser analisados diversos fatores, dentre eles, o IDESE, pois este aponta a realidade dos municípios, tendo como principal finalidade mensurar e acompanhar o nível de desenvolvimento do Estado. O IDESE é um índice sintético, inspirado no IDH, que abrange um conjunto amplo de indicadores

sociais e econômicos, classificados em quatro blocos temáticos: educação; renda; saneamento e domicílios; e saúde. Na estimativa do bloco saúde é utilizado o percentual de crianças nascidas com pouco peso, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos e a expectativa de vida ao nascer.

Com isso, pode-se concluir que os serviços de saúde influenciam diretamente no IDESE, pois se a saúde não está com um bom indicador este fator irá contribuir para as desigualdades regionais. Da mesma forma que as desigualdades regionais podem refletir os problemas encontrados na saúde.

Neste sentido, comparar o IDESE com os serviços de saúde de alta complexidade no RS retratam as desigualdades das regiões quando observada a distribuição da oferta desses serviços. Baseados nos dados coletados e na elaboração dos gráficos de dispersão que correlacionaram o IDESE com a oferta de serviços de alta complexidade foi concebida uma tabela com a soma total dos serviços estudados por CRS. Estes foram agrupados conforme presentes nos quadrantes (I, II, III e IV), e; em seguida, transformados em porcentagem, para possibilitar a avaliação da demanda dos serviços de alta complexidade nas referidas CRS, representada na Tabela 5:

Tabela 5: Resultado geral da oferta de serviços de alta complexidade no RS

CRS	Quadrante I	Quadrante II	Quadrante III	Quadrante IV
	Índice Socioeconômico Baixo		Índice Socioeconômico Alto	
<b>1<sup>a</sup></b>	-	-	25%	75%
<b>2<sup>a</sup></b>	00%	100%	-	-
<b>3<sup>a</sup></b>	50%	50%	-	-
<b>4<sup>a</sup></b>	33.33%	66.67%	-	-
<b>5<sup>a</sup></b>	-	-	16.67%	83.33%
<b>6<sup>a</sup></b>	-	-	75%	25%
<b>7<sup>a</sup></b>	66.67%	33.33%	-	-
<b>8<sup>a</sup></b>	33.33%	66.67%	-	-
<b>9<sup>a</sup></b>	-	-	66.67%	33.33%
<b>10<sup>a</sup></b>	-	-	41.67%	58.33%
<b>11<sup>a</sup></b>	41.67%	58.33%	-	-
<b>12<sup>a</sup></b>	-	-	41.67%	58.33%
<b>13<sup>a</sup></b>	33.33%	66.67%	-	-
<b>14<sup>a</sup></b>	-	-	66.67%	33.33%
<b>15<sup>a</sup></b>	33.33%	66.67%	-	-
<b>16<sup>a</sup></b>	25%	75%	-	-
<b>17<sup>a</sup></b>	-	-	58.33%	41.67%
<b>18<sup>a</sup></b>	33.33%	66.67%	-	-
<b>19<sup>a</sup></b>	58.33%	41.67%	-	-

Fonte: Elaborado pelo autor

Na análise da Tabela 5, é necessário ressaltar que os quadrantes I e II representam as CRS que possuem IDESE abaixo da média, e os quadrantes III e IV as CRS com IDESE acima da média. A variação das CRS de um quadrante e outro ocorre exclusivamente à oferta de serviços, devendo ela ocorrer apenas entre os quadrantes I e II e nos quadrantes III e IV.

A tabela apresenta, de acordo com o índice socioeconômico, a distribuição dos serviços de alta complexidade no Rio Grande do Sul. Em uma avaliação geral dos indicadores, constata-se que a 2ª CRS é a que está em pior situação, uma vez que 100% dos serviços encontram-se abaixo da média, além de não ofertar os serviços de cardiologia, oncologia e neurologia, fato este que é minimizado pela sua proximidade da 1ª CRS (Porto Alegre). Enquanto que a CRS 6ª é a que está em melhores condições ou proporcionalmente mais equilibrada.

A predominância dos serviços nos quadrantes I, II, III, IV, respectivamente, foi de 10,53%, 42,10%, 21,05% e 21,05%. Esses dados confirmam a hipótese do presente trabalho, comprovando que a distribuição da oferta dos serviços está inadequada, quando as variáveis consideradas são correlacionadas, pois 12 das 19 das coordenadorias tiveram predominância nos quadrantes II e III. Isto reflete a disparidade na oferta dos serviços entre as coordenadorias, cuja concentração ocorre em regiões com IDESE alto, causando uma inversão da lógica de uma distribuição equilibrada de serviços em saúde.

Baseado nestas informações, as CRS com predominância dos serviços no quadrante II necessitam de uma atenção especial, pois possuem ambas as variáveis abaixo da média, o que leva muitas vezes os municípios dessas regiões obrigarem-se a investir em transportes para conduzir os pacientes até regiões distantes que ofertam tais serviços. Esse fato poderia ser facilitado se estivessem localizados em cidades polos nessas coordenadorias, permitindo assim às populações o acesso a serviços qualificados através de uma política estratégica de gestão e recursos financeiros, que facilite o credenciamento de determinados serviços em regiões sem cobertura.

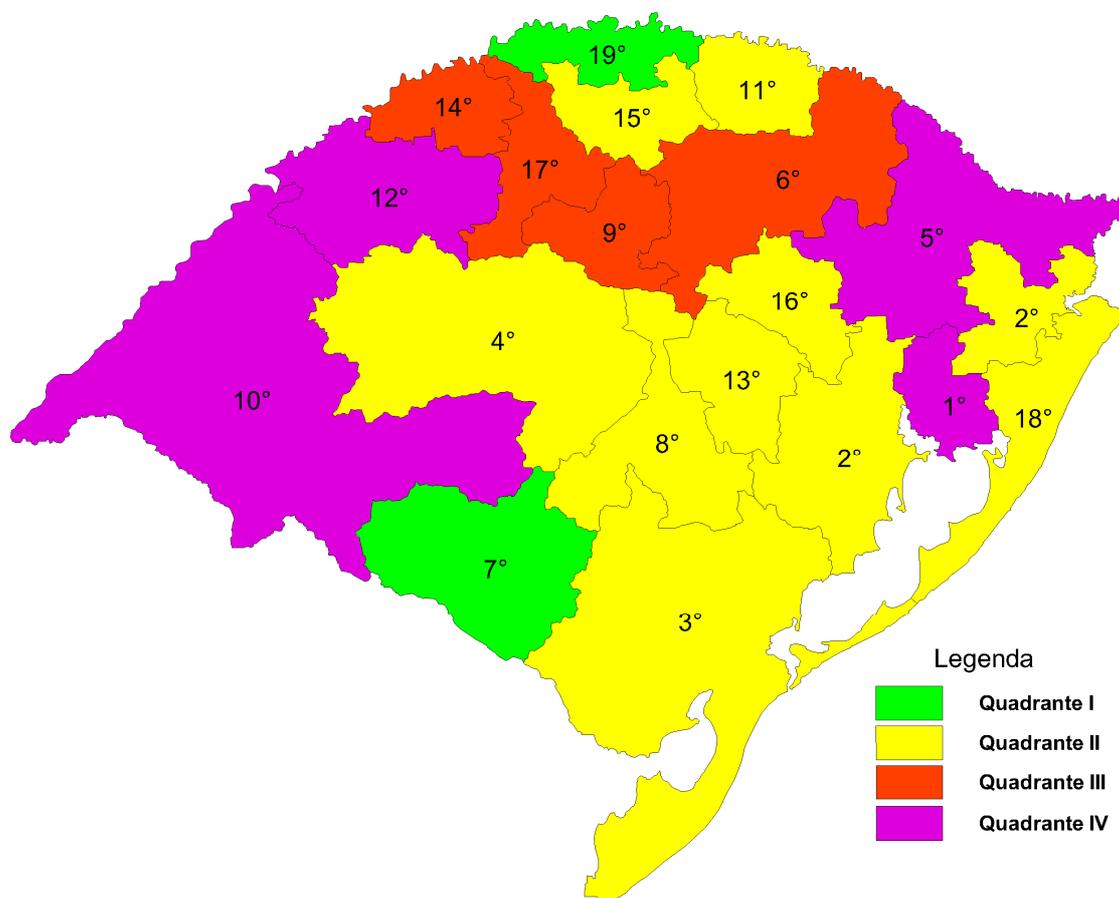


Figura 42: Resultado geral da oferta de serviços de alta complexidade no RS  
 Fonte: Elaborado pelo autor

Ao observar o mapa (Figura 42) é possível constatar que a distribuição dos serviços nos quadrantes II e III formou duas grandes regiões distintas, a primeira com as CRS 2ª, 3ª, 4ª, 8ª, 13ª, 16ª e a 18ª e a segunda com as CRS 6ª, 9ª, 14ª e a 17ª. Estas regiões são caracterizadas por possuírem, respectivamente, baixo IDESE com baixa oferta de serviços e alto IDESE com alta oferta de serviço. Disso se conclui que a que a concentração dos serviços de alta complexidade está na Metade Norte, que, evidentemente, possui maiores recursos financeiros. No entanto, a Metade Sul necessita de investimentos em políticas públicas de saúde, uma vez que as elas ficam desassistidas em diversos serviços de alta complexidade, precisando recorrer às CRS localizadas nas regiões mais ricas.

Para as demais CRS que não estão localizadas nessas duas regiões, pode-se observar que, apesar da 1ª CRS possuir 75% dos serviços de alta complexidade

localizados no quadrante IV, que indica baixa oferta de serviço e alto IDESE, ela oferece todas as especialidades, enquanto outras não disponibilizam todos os serviços de alta complexidade, fato este que se repete na 5ª CRS. Já a 10ª CRS, que está localizada na Metade Sul e apresenta características de baixa densidade demográfica e índice socioeconômico alto, possui uma cobertura dos serviços deficiente, como é visível na maioria das CRS da região sul.

Verificou-se também, que o estudo aponta uma sobrecarga na 1ª CRS, onde está localizado o município de Porto Alegre, motivado entre outros fatores pela própria facilidade de acesso do seu entorno, a Região Metropolitana. Aliás, essas características são refletidas em várias capitais, como Belo Horizonte, conforme estudo de caso análise espacial multivariada para Minas Gerais (SIMÕES et al,2002).

Como é de se esperar, a alta cobertura e complexidade dos serviços de saúde ofertados nessa CRS, em especial Porto Alegre, faz com que a demanda não fique restrita somente a seus habitantes e sim acrescida pelas pactuações regionais, pois possuem baixa cobertura de seus serviços. O ideal seria um maior investimento na Região Metropolitana, requerendo assim uma redistribuição dos recursos do SUS, a fim de contemplar a dimensão espacial de suas demandas.

É possível perceber a necessidade de uma distribuição uniforme entre as regiões, investindo nas CRS da metade sul que possuem baixa cobertura, utilizando-se de uma política que contemple todos de forma igualitária e que a regionalização facilite o acesso dos serviços, descentralizando assim alguns deles que se concentram em algumas coordenadorias. Para isso é necessária a distribuição de recursos com mais eficiência, não deixando desassistidas as regiões pobres, levando em consideração a concentração populacional nestas, atendendo aos dois princípios fundamentais do SUS: a regionalização e a equidade, facilitando a oferta dos serviços no RS.

As somas dos serviços que compõe a alta complexidade, conforme predominância nos quadrantes, proporcionou uma avaliação do comportamento das CRS neste sistema, porém para determinadas especialidades, chama a atenção a baixa cobertura de serviços. Neste quesito nem está pontuado o desequilíbrio qualitativo e sim a falta deles, como exemplo, neurologia e cardiologia, que não são ofertados em

57,89% das CRS, e em menor proporção aparecem os Cacons e Unacon, em que 26,31% não oferecem tal serviço.

Por outro lado, a especialidade de nefrologia é a que apresenta maior disparidade entre a oferta e demanda, pois 73,68% desta distribuem-se de forma inadequada entre as CRS com alto e baixo índice socioeconômico. O serviço de oftalmologia se destaca por possuir melhor cobertura e estar mais equilibrado. Já o serviço de distribuição de Leitos Psiquiátricos necessita de outros estudos, pois grande parte da oferta concentra-se na 19ª CRS.

Alguns serviços de alta complexidade concentram-se na Região Metropolitana, possuindo alta cobertura se comparada às demais que apresentam índices baixos, como por exemplo, os leitos de UTI Neonatal, de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, 57% dos leitos ofertados estão localizados nesta Região, causando um enorme desequilíbrio e dificultando a acessibilidade dos serviços, já que na sua falta a rede estadual, através da Central de Regulação, pode recorrer a região metropolitana.

Este estudo proporcionou a avaliação dos serviços de alta complexidade nas 19 CRS, em que foram analisadas 12 especialidades. Baseando-se nos dados levantados, concluiu-se que o serviço de alta complexidade no RS não se distribui uniformemente, quando são comparados com o IDESE. Isto leva a pensar que apesar do SUS ser um direito de todos os brasileiros, tem sido inacessível para a maioria da população.

O diagnóstico de saúde no RS está feito através do seu plano diretor, o que percebe-se é que o sistema apresenta dificuldades em seu gerenciamento, por falta de recursos, de investimentos e visão global sobre saúde, necessitando da aplicação de políticas públicas voltadas para sua melhor qualidade.

Esse acesso aos serviços, de forma restrita, refere-se às características da oferta, tais como disponibilidade e distribuição geográfica e qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, que influenciam na utilização desses serviços. Ele expressa a necessidade dos usuários à oferta de serviços, devendo ser buscado a partir das dimensões sociais e geográficas, nesse espaço se encaixa a proposta do SUS de apresentar-se de modo regionalizado.

Para isso, é necessário que os órgãos executores, Secretaria Estadual de Saúde, participem do processo não apenas como meros repassadores de recursos,

mas que estejam presentes e que implantem políticas voltadas à inclusão de todos, devendo concretizar o acesso a todos os serviços de saúde, fortalecendo o sistema de saúde através de uma gestão democrática e participativa, e utilizando de um método que contemple o índice socioeconômico, uma distribuição uniforme dos serviços, além da análise social e geográfica.

Dessa forma, consolidar o desenvolvimento regional, através de uma política igualitária e social, fortalecendo a saúde como um bem público e aplicando os princípios estabelecidos na Lei Orgânica do SUS, de universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis e integralidade de assistência. Esta metodologia deve ser estabelecida de forma que todas as CRS disponibilizem tais serviços, ou então que seja facilitado o acesso a eles, utilizando o PES, pois é um instrumento de gestão do SUS, como um guia de definição e planejamento das políticas públicas e das ações em saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação do SUS em 1990, caracterizou-se como uma das maiores conquistas do povo brasileiro nas últimas décadas.

Nesse processo de construção o Sistema Único passou por diferentes períodos políticos no país, inúmeros foram os atores envolvidos, tanto na esfera governamental como do controle social, porém quando trata de orçamento público nota-se que a saúde não é prioridade. A afirmativa encontra respaldo na falta de cumprimento da própria Constituição Federal, pois a cada ano os valores investidos em saúde são bem abaixo dos percentuais estabelecidos por lei. A exceção é o ente municipal que cumpre religiosamente com seus 15%.

Diante do fato que os recursos são escassos, que os serviços da atenção básica são fundamentais e são os que recebem a menor remuneração, é que a presente pesquisa teve por objetivo analisar, exclusivamente à distribuição espacial da alta complexidade, pois é nela onde se concentram os maiores volumes de gastos públicos do SUS, beneficiando especialistas, laboratórios, hospitais e o próprio mercado.

O recorte feito no momento de definir o que pesquisar, de forma alguma pode deixar subentendido que o SUS possui em seus estágios de atenção uma maior importância para a alta complexidade, muito pelo contrário, o SUS possui uma estrutura funcional bem definida, com rede hierarquizada e em nível de complexidade crescente. Esses estágios não podem estar desconectados um do outro. A alta complexidade funciona como o último recurso, porém uma rede de atenção básica incompleta e com problemas de gestão, trará reflexo imediato tanto na média como na alta complexidade.

Não parece lógico analisar os serviços da alta complexidade sem estudar a atenção básica e a média complexidade, porém existem fatores que influenciam diretamente sobre o custo e o resultado do tratamento quando esses pacientes necessitam da alta complexidade.

Ao analisar a distribuição dos serviços pesquisados por coordenadorias de saúde, visualiza-se que pacientes de determinadas regiões percorrem grandes distâncias para acessarem os serviços, enquanto coordenadorias muito próximas entre si possuem boa parte das especialidades ofertadas pelo SUS. Fatores como esse atinge frontalmente o princípio da equidade.

Para que todo usuário tenha acesso a esses serviços é importante uma boa distribuição e não é justo que o mercado profissional regule a localização dos serviços, pois sendo, assim invariavelmente regiões ricas terão vantagens sobre as pobres. Por outro lado, entendemos que o perfil epidemiológico é uma ferramenta eficaz para localização e credenciamento dos serviços.

Para efeito de cruzamento de indicadores, como forma de atender os objetivos da pesquisa a opção foi o IDESE, pois é um índice socioeconômico que utiliza quatro variáveis sendo uma delas a saúde.

Por fim este trabalho possibilitou analisar a distribuição espacial de oferta de serviços de alta complexidade do SUS no RS, mostrando como estão distribuídos tais serviços e sua relação com as características do quadro de desigualdade socioespacial no Estado.

Após o referido estudo, pode-se concluir que os serviços de saúde de alta complexidade concentram-se na Metade Norte do Estado, regiões com alto índice socioeconômico, demonstrando que as CRS localizadas na Metade Sul apresentam carência na oferta dos serviços, e em algumas especialidades inclusive apresentaram escassa oferta, e até mesmo em algumas regiões não existe determinadas especialidades, caracterizando, assim, um quadro de disparidade regional.

Com isso, o Estado tem um grande desafio que é implementar políticas públicas para que as regiões mais pobres possam também disponibilizar dos serviços, devendo estabelecer ações de curto a longo prazo, para que seja ampliada a regionalização da oferta e a facilitação do acesso à alta complexidade.

Acredita-se que os resultados apontados na análise desta pesquisa possam evidenciar os problemas políticos da regionalização, uma vez que eles necessitam de continuas revisões, colaborando desta forma para o aperfeiçoamento do sistema de

saúde, planejamento territorial de ações e consolidação do SUS, reduzindo as desigualdades socioespaciais em saúde no âmbito Estadual.

Para finalizar, sugere-se a realização de estudos voltados aos serviços de alta complexidade no RS, a fim de melhorar as condições de distribuição e de acesso aos serviços de saúde no Estado, bem como o aprofundamento de análises sobre os demais níveis.

## 7 BIBLIOGRAFIA

ALONSO, J. **Evolução das desigualdades inter-regionais de renda interna do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: FEE, 1996.

ATLAS Socioeconômico do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.scp.rs.gov.br/atlas/>>. Acesso em: 14/07/2011.

BANDEIRA, P. S. Institucionalização de regiões no Brasil. **Revista Ciência & Cultura**, São Paulo, v. 58, n° 1, p. 34-37 jan./fev./mar., 2006.

BANDEIRA, P. S. Participação, articulação de atores regionais e desenvolvimento regional. In BECKER, DENIZAR. F.; BANDEIRA, P. S. (Orgs.). **Desenvolvimento local-regional: determinantes e desafios contemporâneos**, v. 1. Santa Cruz do Sul, RS: EDUNISC, 2000.

BOUDEVILLE, J. **Os espaços econômicos**. São Paulo: Difel, 1973.

BRASIL, A. L. N. A. **Análise da acessibilidade para locação de serviços públicos: seleção de áreas estratégicas para localização de estabelecimentos de saúde no Estado do Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional), Faculdade de Arquitetura. Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: RS, 2001

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: de 5 de outubro de 1988, com a colaboração de PINTO, Antonio Luiz de T.; WINDT, Márcia Cristina V. dos S. 22. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Lei Federal n.º 6.766, de 19 dez. 1979. Dispõe sobre o parcelamento do solo urbano e dá outras providências.

BRASIL. Ministério das Cidades. **Estatuto das Cidades**: Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 11 jul. 2001. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 15/03/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde- NOAS-SUS 01/02: portaria MS/GM n.373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar** / . Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 107 p. tab (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOB-SUS 01/96: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS: publicada no DOU de 6/11/1996** / . Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

----- . Ministério da Saúde. Portaria n. 545, de 20/05/93. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. **Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão**. Brasília: MS, 2001. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br> >. Acesso: em 20/01/2011.

----- . Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**:. elaborado a partir das definições contidas na Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília, DF: Ministério .

----- . Instrução Normativa GM/MS n.o 2 Em, 6 de abril de 2001. Regulamenta a elaboração, tramitação, requisitos e meios de verificação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o processo de qualificação de regiões/microrregiões, constante da Norma Operacional da Assistência – NOAS-SUS 01/01

----- . Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal nº8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 20 set. 1990. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 15/02/2011.

----- . Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **A regionalização da saúde**: versão preliminar para discussão interna. Jun, 2004.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 95, de 26/01/01, Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 – **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Série A. Normas e Manuais Técnicos. n.116. Brasília: 2001.

CHRISTÄLLER W. (1933). **Central places in southern Germany**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall,: 1966.

CORRÊA, A.R.L. **Trajetórias geográficas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

----- A, R. L. **A rede urbana**. Rio de Janeiro: Ática, 1989.

DRACHER, M. L.; CÔRTEZ, S. M. V.; CASTRO, J. D.; LEITE, J. C. C. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 461-470, 2003.

FERREIRA, C. M. Métodos de regionalização. In: HADDAD, P. R. (Org.). **Economia regional: teorias e métodos de análise**. Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil, 1989.

GIL, A.C.; LICHT, R. H. G.; YAMAUCHI, N. I. Regionalização da saúde e consciência regional, **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 3, p. 35-46, dez., 2006.

GIRALDES, M. R. **Desigualdades regionais nos subsistemas de saúde em Portugal, Análise Social**, vol. XXXVII (164), 2002, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

GÖTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. **Para além da atenção básica**: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico *Saúde Soc.* São Paulo: v.18, n.2, p. 189-198, jun 2009.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, jul./ago, 2005.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Brasil: 2002.

IPEA. **Caracterização e tendência da rede urbana do Brasil**: redes urbanas regionais – Sul. Brasília: IPEA, 2000. São Paulo: Hucitec, 1997.

LEWIS, G. W.; ULPH D. T. Poverty, inequality and welfare. **Journal of American Statistics Association**, Bristol: 1988, (1987)

LIMA, L. D. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde**: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MELLO, O. S. **Bases para a formulação de métodos de análise de relações entre políticas urbanas e regionais e seus efeitos**. Documento de trabalho nº 1 da pesquisa “Análise da efetividade das políticas públicas.”, Porto Alegre: PROPUR, 2011. Mimeo.

MONTE-MÓR, R. L. D. M. **O que é o urbano no mundo contemporâneo**. Textos para discussão, 2006.

MORAES, N. A. *Saúde e Estado no Brasil: traços de uma história*. In: GOMES, D. C. R. (Org.). **Equipe de saúde**: o desafio da integração. Uberlândia: EDUFU, 1987

MUÑOZ, A. E. P. **Regionalização para o planejamento e o desenvolvimento do Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico) UNICAMP, São Paulo:, 2007.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil **Cadernos de Saúde Pública** vol.20, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, A.C.; SIMÕES, R. F.; ANDRADE, M. V. **Regionalização dos serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial em Minas Gerais**: estrutura corrente versus estrutura planejada. Belo Horizonte, Cedeplar, UFMG: s/d.

PERROUX, F.. **L'économie du XXéme siècle**. Paris: Galimard, 1949.

RIBEIRO, A.C.T. Regionalização: fato e ferramenta. In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R.; MOREIRA, R. (Org.). Brasil, século XXI – por uma nova regionalização?: Agentes, processos e escalas. São Paulo: Max Limonad, 2004. p. 194-212

RICHARDSON, H. **Economia regional**: teoria da localização, estrutura urbana e crescimento regional, Rio de Janeiro. Zahar, 1975.

RIO GRANDE DO SUL **Decreto Estadual nº 40991, de 17/08/01, estabelece a divisão territorial da SES/RS e o Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Rio Grande do Sul, aprovado em 2002.**

-----. Decreto Nº 35.764, de 28 de dezembro de 1994. Regulamenta a Lei Nº 10.283, de 17 de outubro de 1994, que criou os Conselhos Regionais de Desenvolvimento – CRDs. **Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 29 de dezembro de 1994b.

-----. Decreto Nº 38.362, de 01 de abril de 1998. Altera o Decreto nº 35.764, de 28 de dezembro de 1994, que regulamenta a Lei nº 10.283, de 17 de outubro de 1994. **Diário Oficial do Estado [do] Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 02 de abril de 1998.

-----. Decreto Nº 40.349, de 11 de outubro de 2000. Estabelece uma divisão territorial como referência para as estruturas administrativas regionais dos órgãos do Poder Executivo. **Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre.

-----. Lei Nº 10.283, de 17 de outubro de 1994. Dispõe sobre a criação, estruturação e funcionamento dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, V. LIII, nº. 215, 14 de novembro de 1994a.

-----. Secretaria do Interior, Desenvolvimento Regional e Urbano e Obras Públicas. **Relatório do programa estadual de descentralização regional**. Porto Alegre, 1988.

-----. Secretaria da Saúde. **SUS é legal**: Legislação Federal e Estadual. Porto Alegre, 2000.

-----. Secretaria do Desenvolvimento Regional e Obras Públicas. **Regionalização**. Porto Alegre, 1974.

-----, **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Porto Alegre, 2002.

RUMOS 2015. **O desafio do desenvolvimento regional e estratégias para o estado**. Disponível em: < [http:// www.spc.rs.gov.br](http://www.spc.rs.gov.br) >. Acesso em: 12/10/2010.

SALES, A. L. P. A dispersão e a concentração dos serviços de saúde no Brasil: duas escalas de análises a partir de Campina Grande. In: ENCONTRO NACIONAL DOS GEÓGRAFOS, Crise, práxis e autonomia: espaços de resistência e de esperanças, espaço de diálogos e práticas, 16, 2010, Porto Alegre. **Anais**. Porto Alegre: s.n., 2010.

SANTOS **A natureza do espaço: razão e emoção, técnica e tempo**. São Paulo: Hucitec, 1996.

-----, M. **Manual de geografia urbana** . 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

-----, N. M. A organização da saúde no Rio Grande do Sul. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 3, 2010.

SIEDENBERG, D. R. **Lacunas e sobreposições da regionalização no Rio Grande do Sul**: implicações no desenvolvimento regional.

SIMÕES, R.; GUIMARÃES, C et al. Uma análise espacial multivariada para Minas Gerais. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15, 2006, Caxambú- MG. **Anais** Caxambú- MG: s.n., 2006

TALEN, E.; ANSELIN, L. **Assessing spatial equity**: na evaluation of measures of accessibility to public playgrounds. *Environment and Plannig A*, Morgantown, USA, v. 30 , 1998.

TONI, J.; KLARMANN, H. **Regionalização e planejamento**: reflexões metodológicas e gerenciais sobre a experiência gaúcha Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística; 2005. Disponível em: < [http://www.fee.tche.br/sitefee/download/egg/1/mesa\\_3\\_toni\\_klarmann.pdf](http://www.fee.tche.br/sitefee/download/egg/1/mesa_3_toni_klarmann.pdf) >. Acesso em: 23/06/2010.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G., VIACAVA, F. *Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003*. **Revista Ciência & saúde coletiva**, v. 11, n. 4, 2006.

VAINER, C. B. *Interdisciplinaridade e estudos regionais*. In: MELO, J. G. **Região, cidade e poder**. Presidente Prudente: Gasperr, 1996.

VIANA, A. L. d'Á.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. **Revista Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro: v. 7, n. 3, 2002.

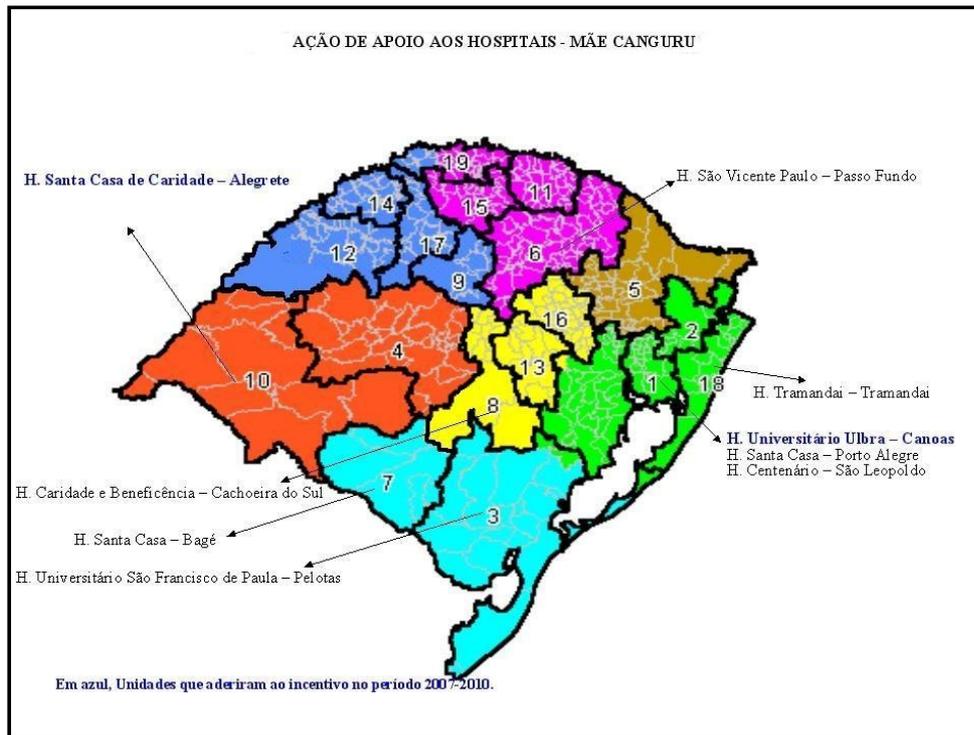
VIANA, A. L. d'Á.; **Sistema e descentralização**: a política de saúde no Estado de São Paulo no anos 80. Tese (Doutorado) Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

VIANA, A. L. d'Á.; IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M., LIMA, L. D. ; ALBUQUERQUE, M. V. ; IOZZI, F. L. "Novas perspectivas para a regionalização da saúde". **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo: Fundação Seade, v. 22, n. 1, jan./jun, 2008.

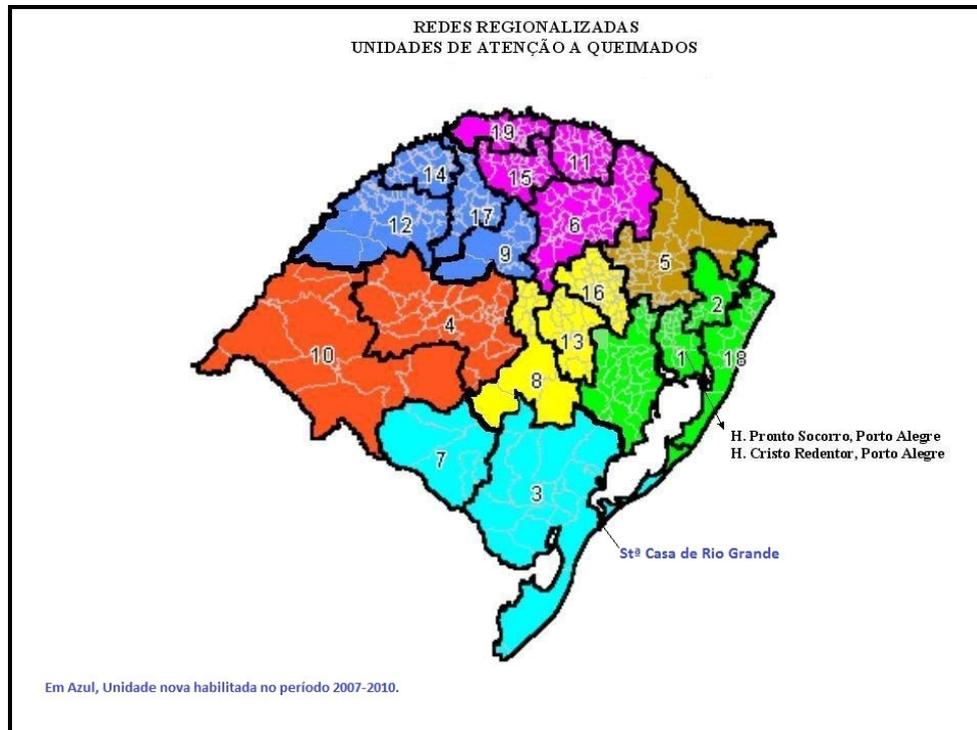
VLAHOV, D. & GALEA, S. *Urbanization, urbanicity, and health*. In: **Journal of Urban Health**. 79(4), Supl.1, 2002.

**ANEXOS**

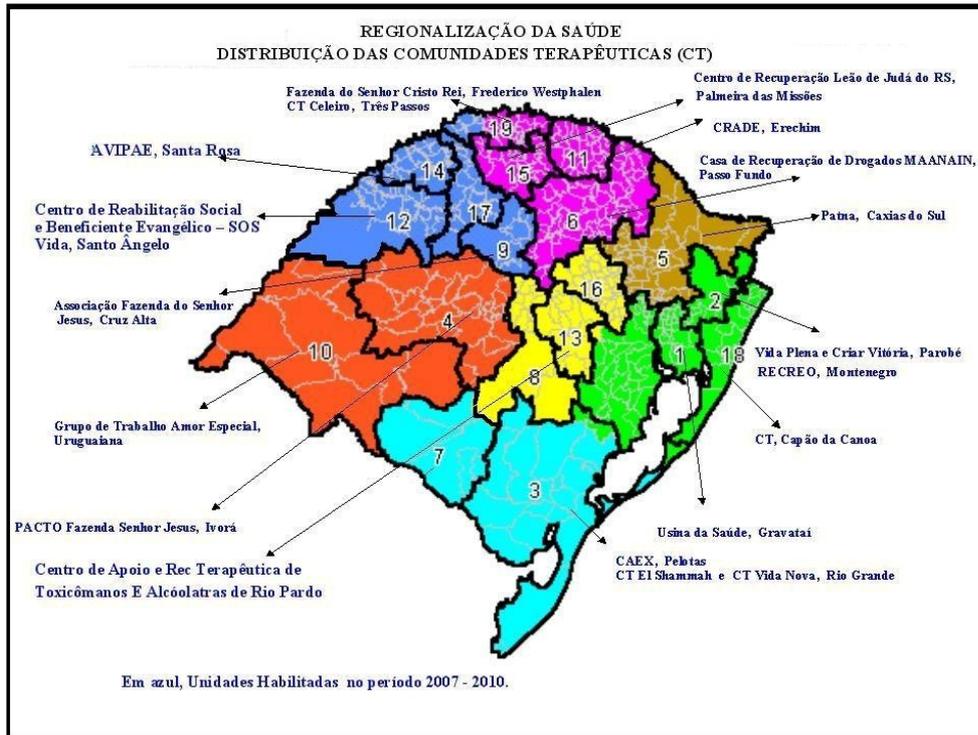




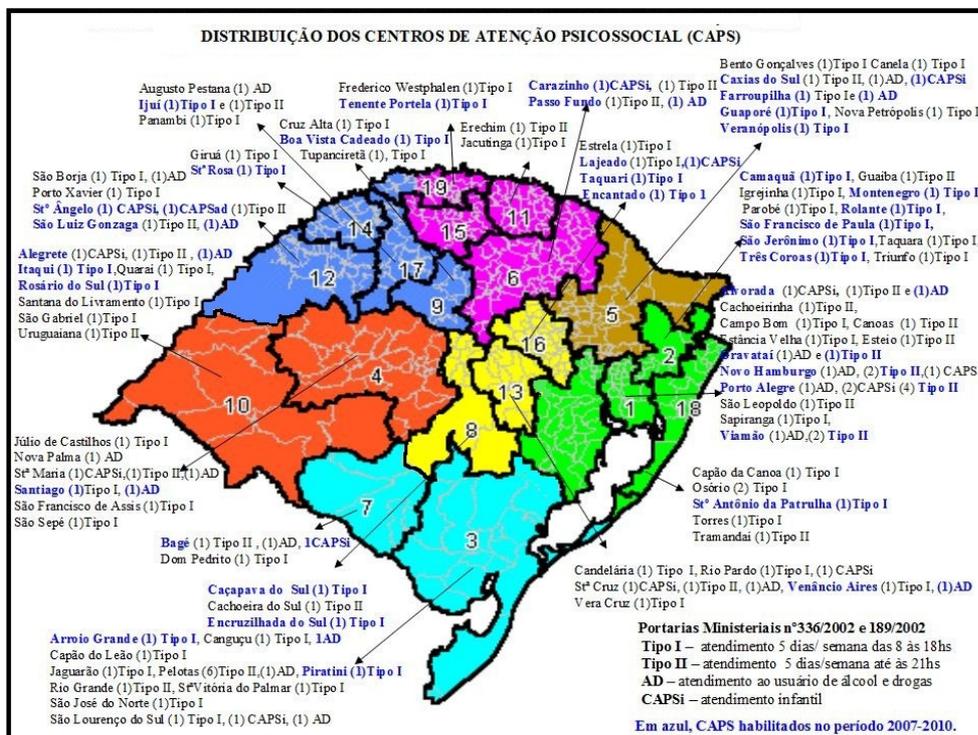
Mãe Canguru



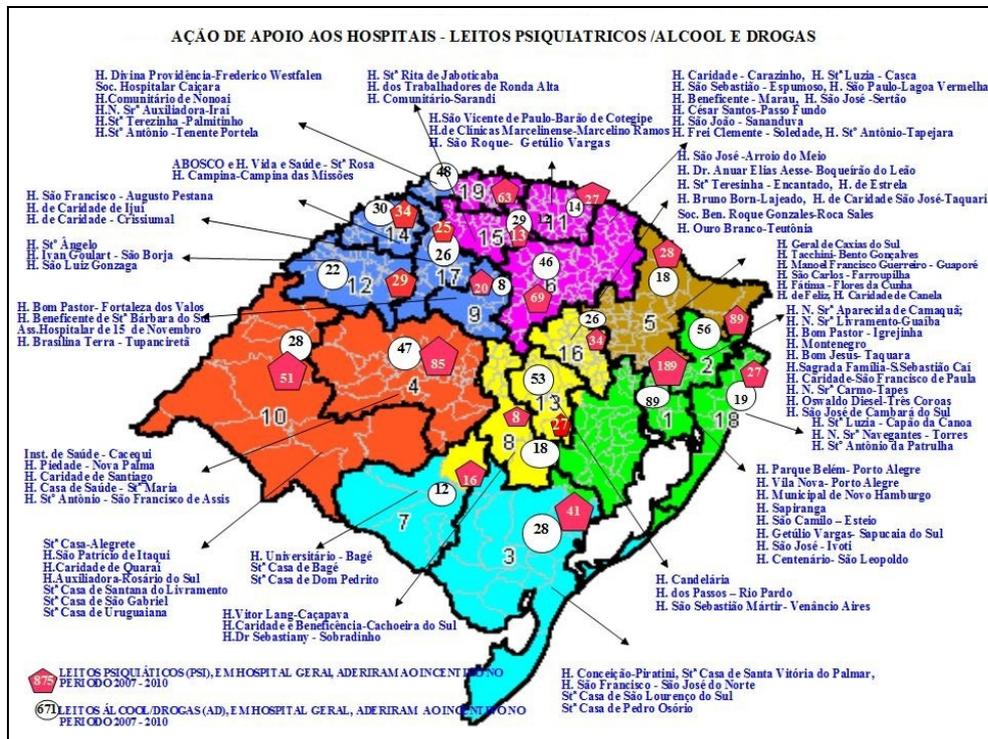
Unidades de Atenção a Queimados



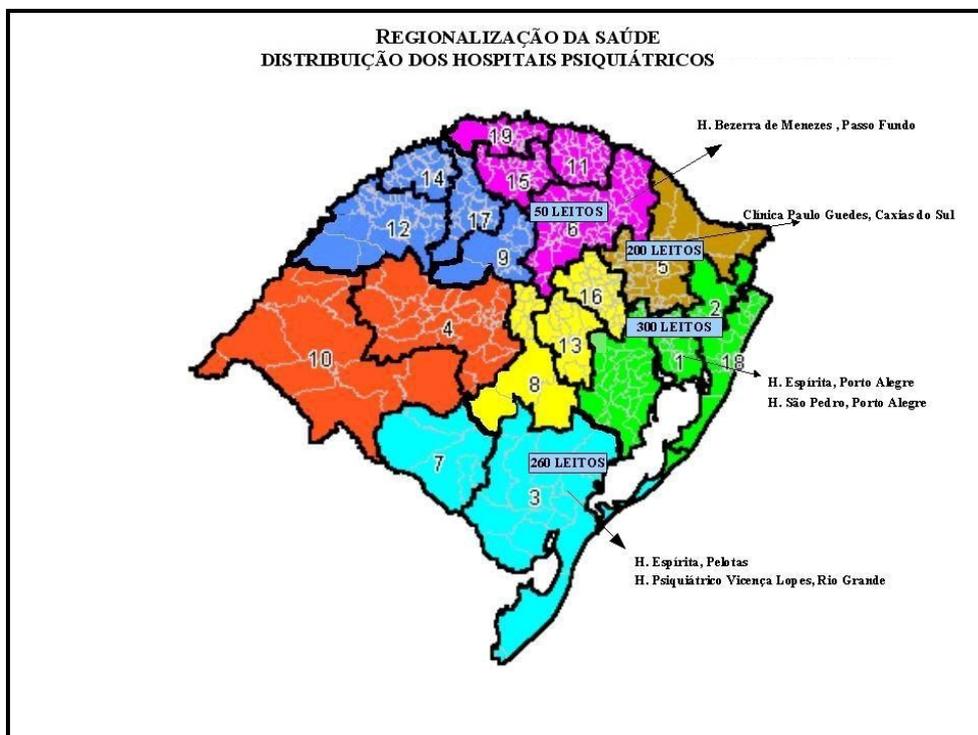
Distribuição das Comunidades Terapêuticas (CT)



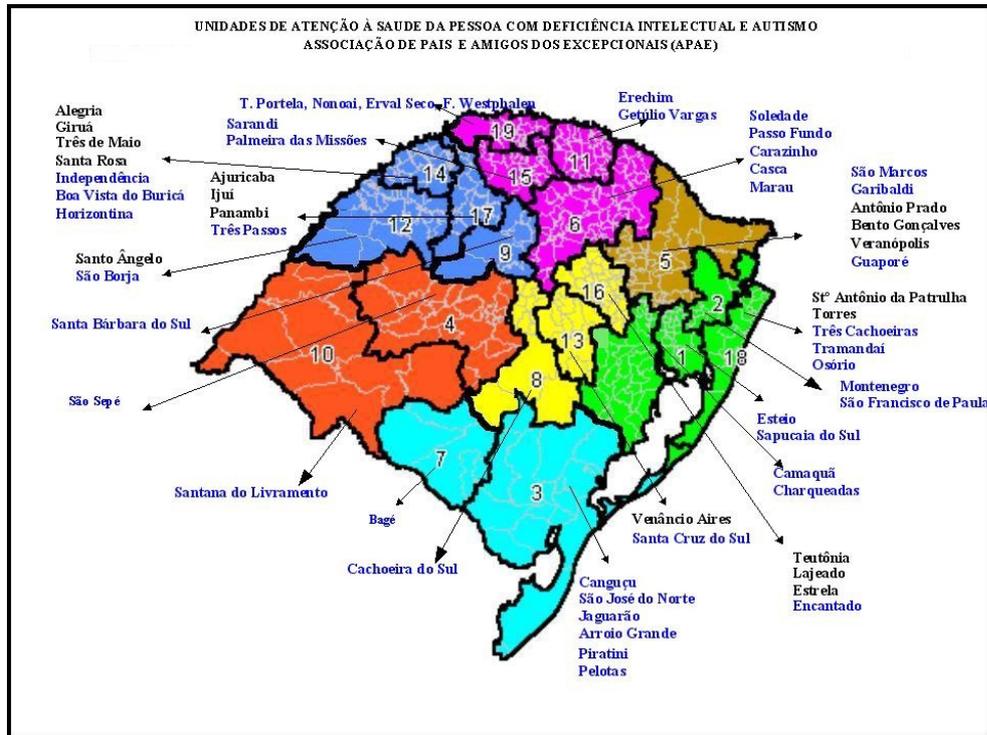
Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)



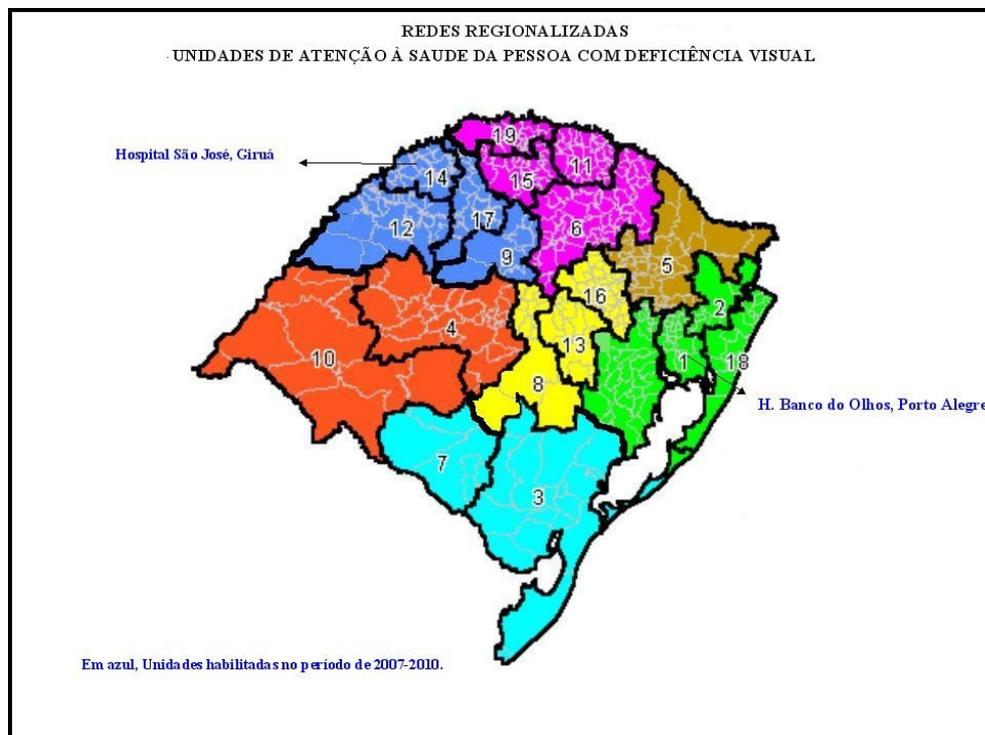
Leitos Psiquiátricos/ Álcool e Drogas



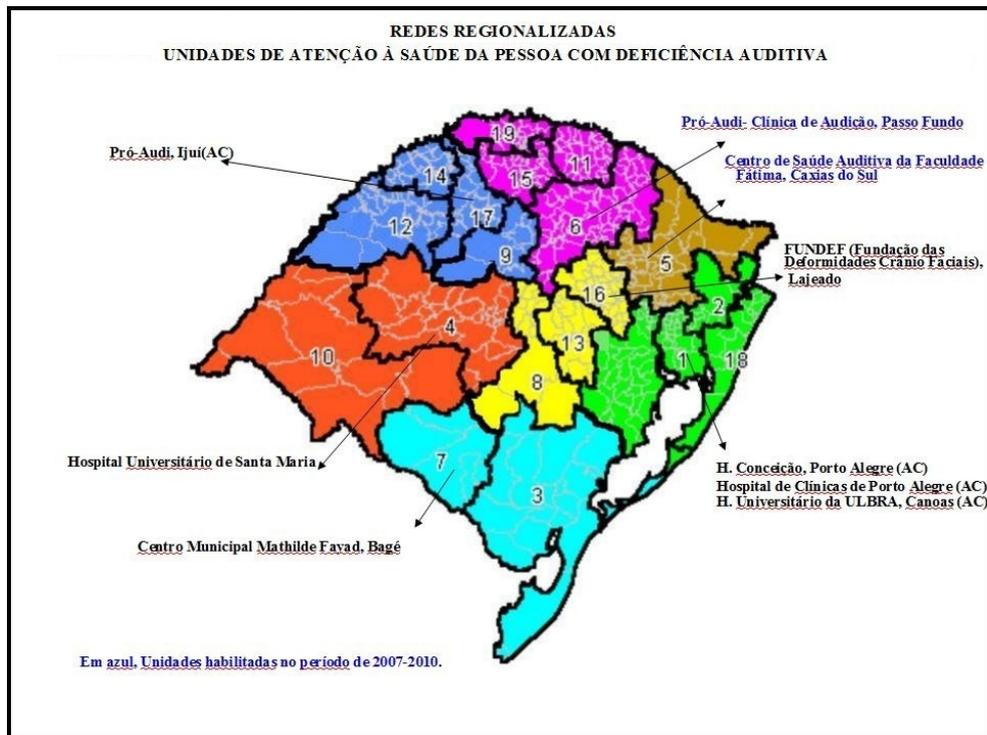
Distribuição dos Hospitais Psiquiátricos



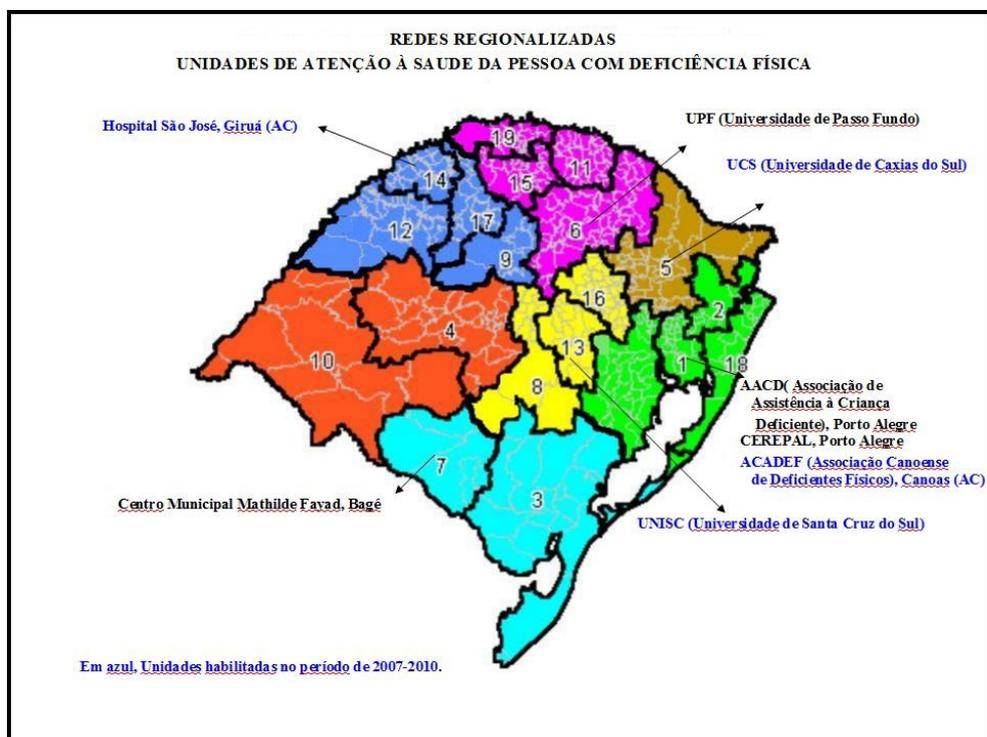
Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Intelectual e Autismo



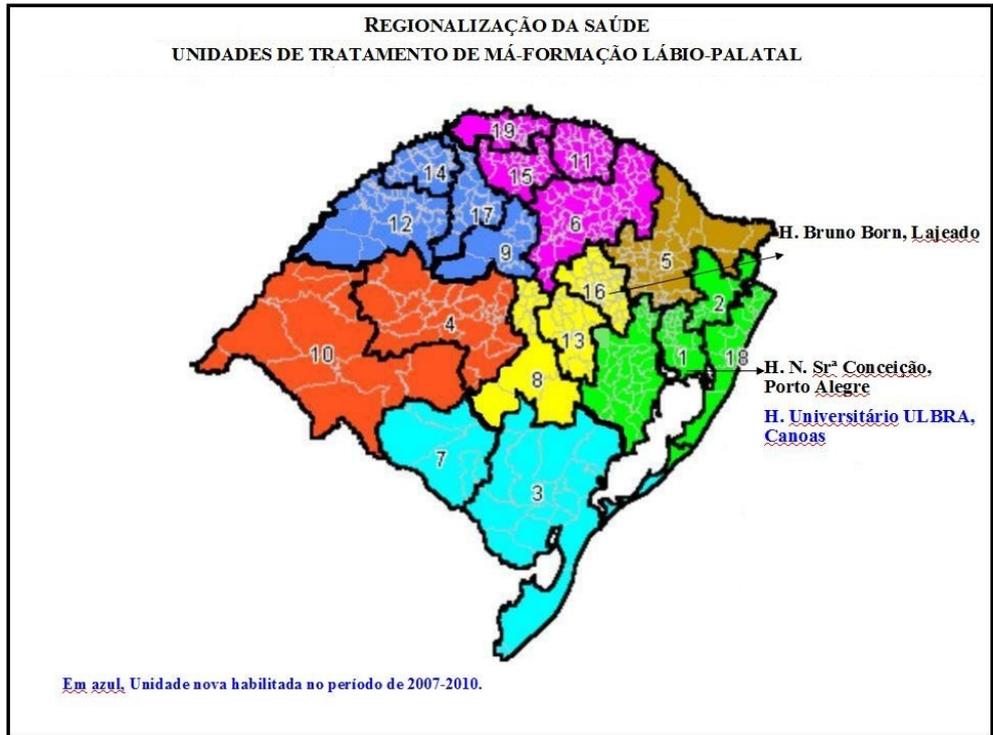
Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Visual



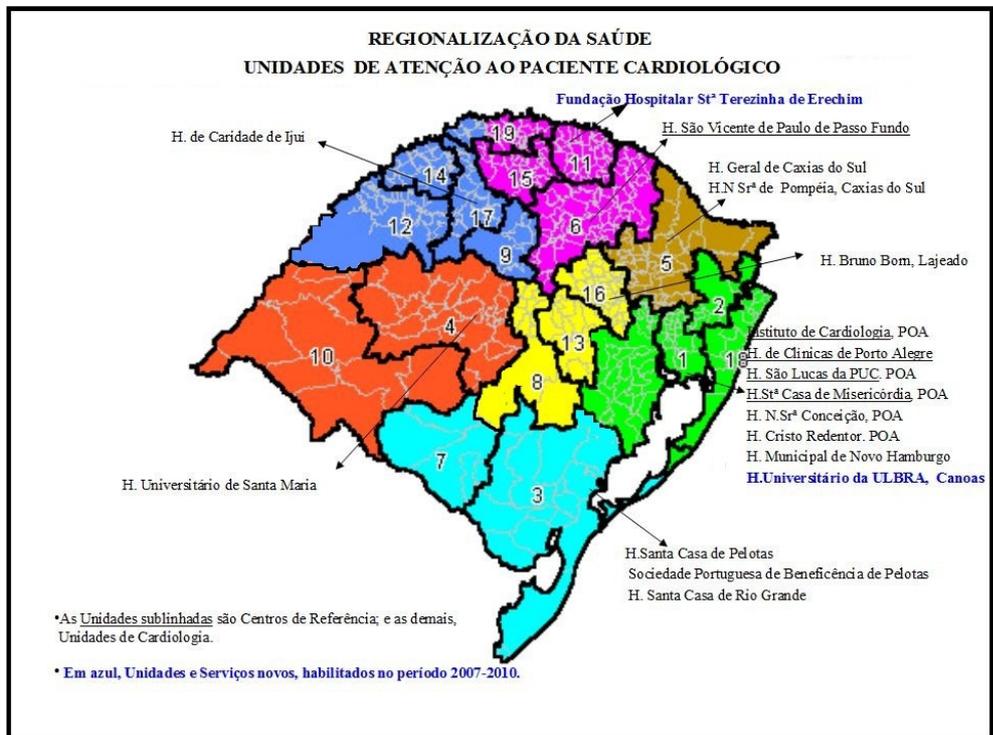
Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Auditiva



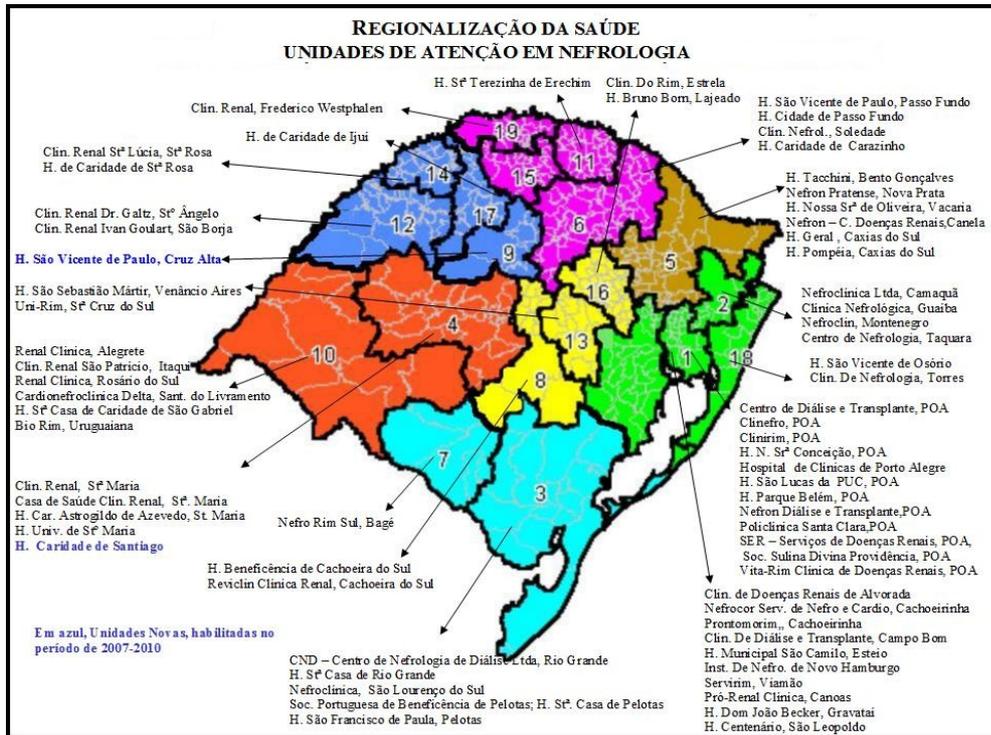
Unidades de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Física



Unidades de Tratamento Má-Formação Lábio-Palatal



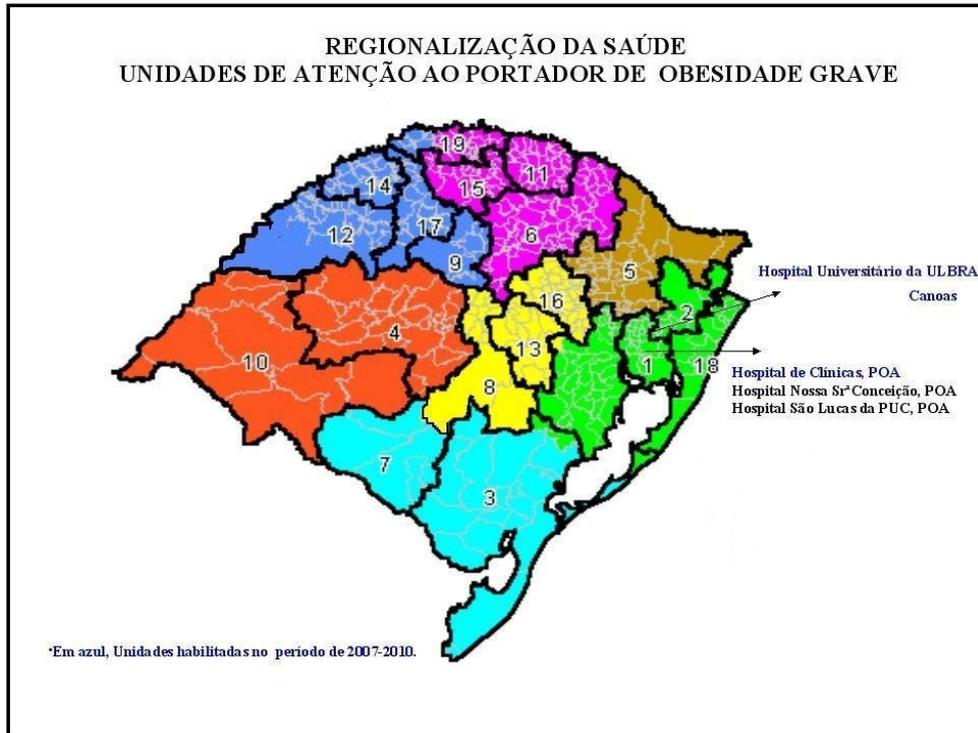
Unidades de Atenção ao Paciente Cardiológico



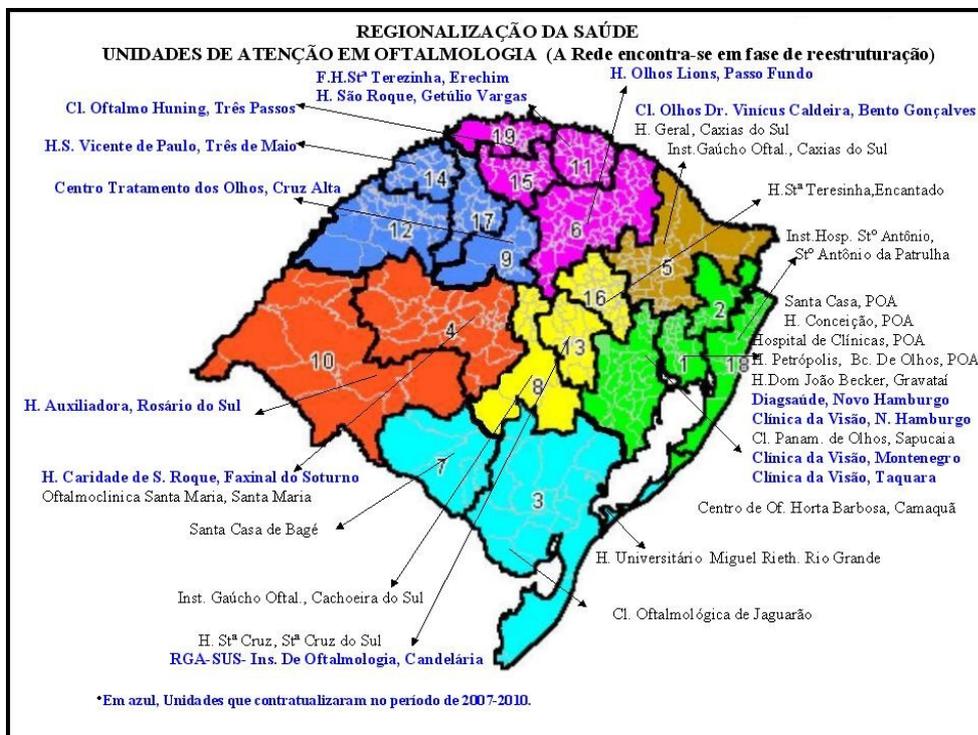
Unidades de Atenção em Nefrologia



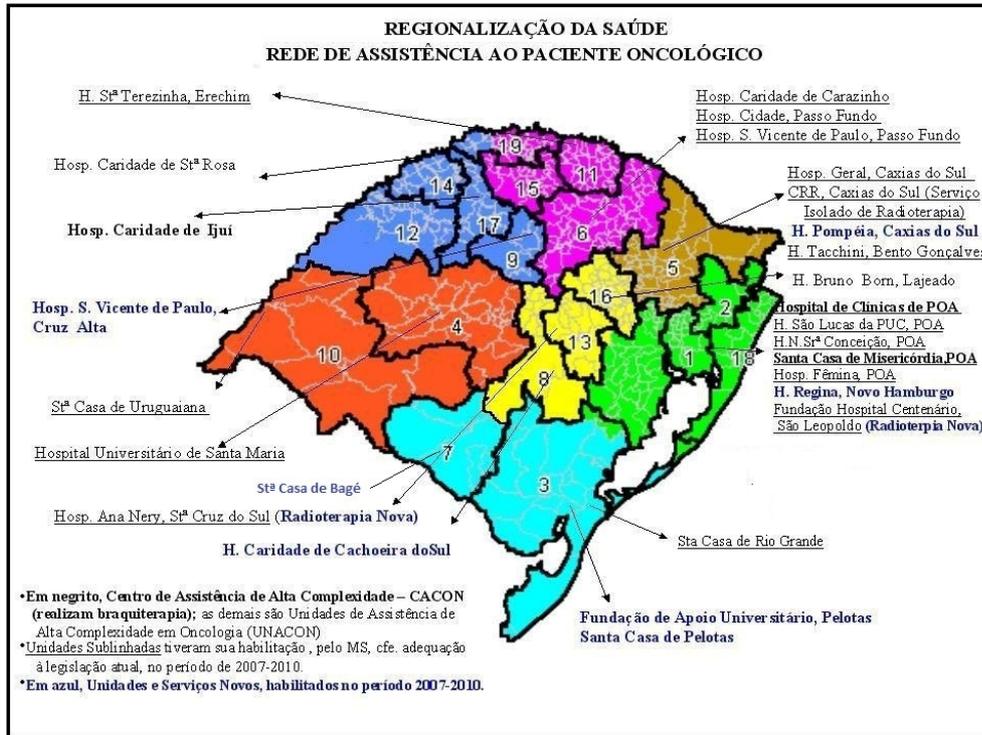
Unidades de Atenção ao Paciente Neurológico



Unidades de Atenção ao Portador de Obesidade Grave



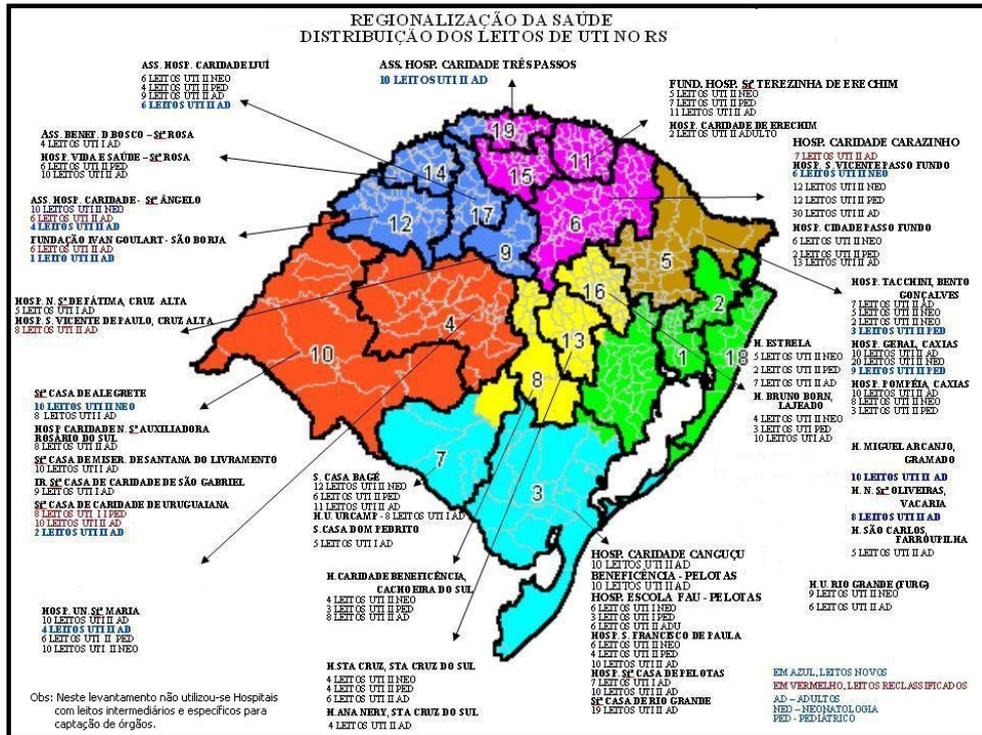
Unidades de Atenção em Oftalmologia



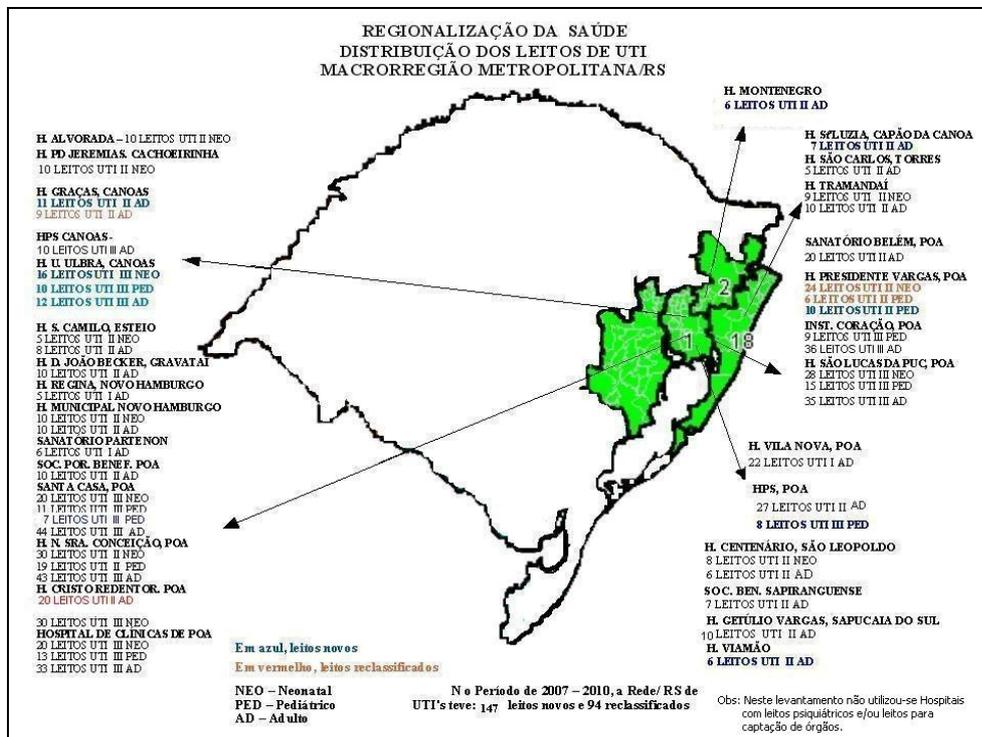
Rede de Assistência ao Paciente Oncológico



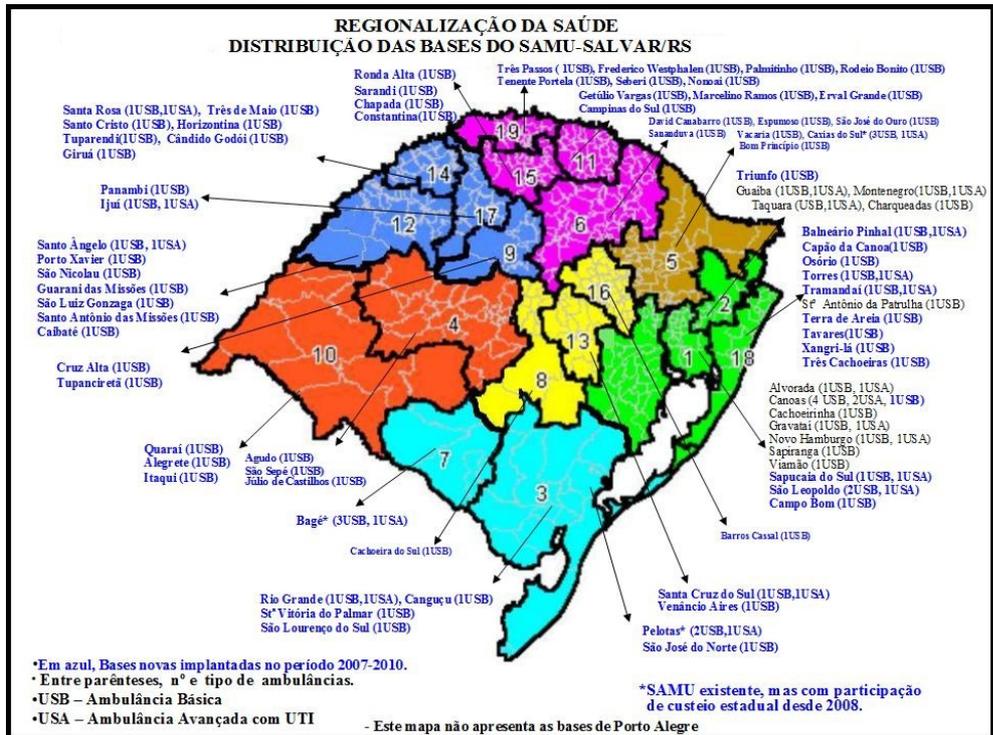
Unidades de Atenção em Traumatismo – Ortopedia



Distribuição dos Leitos de UTI no RS



Distribuição dos Leitos de UTI Macrorregião Metropolitana/RS



Distribuição das Bases do SAMU-SALVAR/RS

**ANEXO B - Município, população e IDESE de cada Coordenadoria Regional de Saúde respectivamente.**

CRS	Município	População 2010	IDESE – Ano 2008				IDESE 2008
			Bloco Educação	Bloco Renda	Bloco Saneamento	Bloco Saúde	
1	Alvorada	195673	0.813	0.593	0.662	0.817	0.721
1	Araricá	4864	0.805	0.641	0.120	0.854	0.605
1	Cachoeirinha	118278	0.864	0.924	0.667	0.844	0.825
1	Campo Bom	60074	0.855	0.823	0.683	0.877	0.809
1	Canoas	323827	0.849	0.962	0.663	0.846	0.830
1	Dois Irmãos	27572	0.849	0.841	0.544	0.875	0.777
1	Estância Velha	42574	0.856	0.731	0.415	0.872	0.718
1	Esteio	80755	0.896	0.928	0.637	0.886	0.837
1	Glorinha	6891	0.800	0.736	0.179	0.854	0.642
1	Gravataí	255660	0.864	0.757	0.556	0.860	0.759
1	Ivoti	19874	0.884	0.829	0.550	0.891	0.788
1	Lindolfo Collor	5227	0.812	0.625	0.460	0.884	0.695
1	Morro Reuter	5676	0.907	0.682	0.363	0.884	0.709
1	Nova Hartz	18346	0.831	0.682	0.229	0.841	0.645
1	Nova Santa Rita	22716	0.810	0.741	0.153	0.841	0.636
1	Novo Hamburgo	238940	0.842	0.809	0.496	0.839	0.747
1	Portão	30920	0.820	0.767	0.197	0.861	0.661
1	Porto Alegre	1409351	0.866	0.901	0.750	0.833	0.837
1	Presidente Lucena	2484	0.868	0.636	0.500	0.884	0.722
1	Santa Maria do Herval	6053	0.859	0.812	0.203	0.884	0.689
1	São Leopoldo	214087	0.842	0.747	0.610	0.844	0.761
1	Sapiranga	74985	0.828	0.736	0.397	0.866	0.707
1	Sapucaia do Sul	130957	0.852	0.706	0.568	0.855	0.745
1	Viamão	239384	0.836	0.622	0.600	0.858	0.729
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>3535168</b>					
2	Arambaré	3693	0.867	0.613	0.408	0.840	0.682
2	Arroio dos Ratos	13606	0.862	0.673	0.650	0.800	0.747
2	Barão	5741	0.871	0.624	0.326	0.866	0.672
2	Barão do Triunfo	7018	0.778	0.540	0.096	0.837	0.563
2	Barra do Ribeiro	12572	0.833	0.680	0.730	0.856	0.775
2	Brochier	4675	0.854	0.660	0.353	0.868	0.684
2	Butiá	20406	0.824	0.673	0.577	0.798	0.718
2	Camaquã	62764	0.855	0.776	0.662	0.851	0.786
2	Cambará do Sul	6542	0.823	0.666	0.463	0.832	0.696
2	Capela de Santana	11612	0.811	0.667	0.200	0.854	0.633
2	Cerro Grande do Sul	10268	0.787	0.726	0.204	0.850	0.642
2	Charqueadas	35320	0.882	0.741	0.651	0.841	0.779
2	Chuívisca	4944	0.817	0.603	0.053	0.878	0.588
2	Dom Feliciano	14380	0.764	0.605	0.161	0.886	0.604
2	Eldorado do Sul	34343	0.817	0.766	0.434	0.842	0.715
2	General Câmara	8447	0.858	0.602	0.420	0.842	0.681
2	Guaíba	95204	0.882	0.723	0.544	0.864	0.753
2	Harmonia	4254	0.857	0.739	0.063	0.876	0.634
2	Igrejinha	31660	0.832	0.743	0.432	0.910	0.729
2	Maratá	2527	0.845	0.683	0.063	0.873	0.616
2	Mariana Pimentel	3768	0.841	0.593	0.151	0.866	0.613

2	Minas do Leão	7631	0.796	0.667	0.589	0.918	0.718
2	Montenegro	59415	0.871	0.828	0.613	0.866	0.794
2	Pareci Novo	3511	0.881	0.754	0.078	0.883	0.649
2	Parobé	51502	0.837	0.630	0.464	0.869	0.700
2	Riozinho	4330	0.821	0.601	0.283	0.864	0.642
2	Rolante	19485	0.851	0.673	0.360	0.842	0.681
2	Salvador do Sul	6747	0.833	0.857	0.419	0.878	0.747
2	São Francisco de Paula	20537	0.831	0.683	0.374	0.802	0.672
2	São Jerônimo	22134	0.862	0.696	0.842	0.835	0.719
2	São José do Hortêncio	4094	0.803	0.678	0.450	0.881	0.703
2	São José do Sul	2082	0.926	0.670	0.164	0.876	0.659
2	São Pedro da Serra	3315	0.849	0.613	0.408	0.873	0.686
2	São Sebastião do Caí	21932	0.842	0.771	0.445	0.879	0.734
2	Sentinela do Sul	5198	0.837	0.587	0.233	0.878	0.634
2	Sertão Santana	5850	0.804	0.644	0.114	0.831	0.598
2	Tapes	16629	0.833	0.662	0.699	0.824	0.754
2	Taquara	54643	0.879	0.700	0.426	0.870	0.719
2	Três Coroas	23848	0.830	0.689	0.394	0.905	0.704
2	Triunfo	25793	0.842	0.837	0.354	0.866	0.725
2	Tupandi	3924	0.853	0.761	0.080	0.879	0.643
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>756344</b>					
3	Amaral Ferrador	6353	0.801	0.536	0.268	0.821	0.607
3	Arroio do Padre	2730	0.881	0.590	0.046	0.824	0.585
3	Arroio Grande	18470	0.838	0.687	0.515	0.837	0.719
3	Canguçu	53259	0.804	0.636	0.352	0.845	0.659
3	Capão do Leão	24298	0.815	0.714	0.490	0.815	0.709
3	Cerrito	6402	0.810	0.500	0.344	0.834	0.622
3	Chuí	5917	0.835	0.842	0.614	0.849	0.785
3	Cristal	7280	0.789	0.658	0.424	0.834	0.676
3	Herval	6753	0.825	0.606	0.448	0.850	0.682
3	Jaguarão	27931	0.823	0.689	0.670	0.819	0.750
3	Morro Redondo	6227	0.850	0.608	0.221	0.834	0.628
3	Pedras Altas	2212	0.827	0.607	0.261	0.831	0.632
3	Pedro Osório	7811	0.828	0.598	0.562	0.810	0.699
3	Pelotas	328275	0.838	0.729	0.690	0.819	0.769
3	Pinheiro Machado	12780	0.836	0.647	0.446	0.792	0.680
3	Piratini	19841	0.823	0.638	0.346	0.857	0.666
3	Rio Grande	197228	0.847	0.843	0.638	0.832	0.790
3	Santa Vitória do Palmar	30990	0.857	0.667	0.564	0.864	0.738
3	Santana da Boa Vista	8242	0.820	0.617	0.377	0.815	0.657
3	São José do Norte	25503	0.745	0.590	0.392	0.812	0.635
3	São Lourenço do Sul	43111	0.832	0.715	0.350	0.853	0.688
3	Turuçu	3522	0.821	0.645	0.112	0.834	0.603
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>845135</b>					
4	Agudo	16722	0.797	0.724	0.297	0.884	0.675
4	Cacequi	13676	0.850	0.663	0.485	0.817	0.704
4	Capão do Cipó	3104	0.857	0.878	0.124	0.871	0.683
4	Dilermando de Aguiar	3064	0.769	0.567	0.214	0.866	0.604
4	Dona Francisca	3401	0.798	0.642	0.378	0.837	0.664
4	Faxinal do Soturno	6672	0.828	0.757	0.410	0.851	0.711
4	Formigueiro	7014	0.823	0.688	0.301	0.837	0.662
4	Itaara	5010	0.801	0.644	0.292	0.862	0.650
4	Ivorá	2156	0.871	0.599	0.296	0.858	0.656

4	Jaguari	11473	0.833	0.670	0.351	0.850	0.676
4	Jari	3575	0.803	0.767	0.139	0.871	0.645
4	Júlio de Castilhos	19579	0.831	0.849	0.491	0.832	0.751
4	Mata	5111	0.848	0.608	0.300	0.837	0.648
4	Nova Esperança do Sul	4671	0.830	0.679	0.418	0.866	0.698
4	Nova Palma	6342	0.835	0.854	0.348	0.860	0.724
4	Paraíso do Sul	7336	0.809	0.678	0.240	0.826	0.638
4	Pinhal Grande	4471	0.829	0.782	0.353	0.871	0.709
4	Quevedos	2710	0.791	0.753	0.233	0.871	0.662
4	Restinga Seca	15849	0.815	0.710	0.414	0.829	0.692
4	Santa Maria	261031	0.858	0.775	0.728	0.847	0.802
4	Santiago	49071	0.882	0.709	0.653	0.888	0.783
4	São Francisco de Assis	19254	0.835	0.666	0.407	0.868	0.694
4	São João do Polêsine	2635	0.819	0.764	0.306	0.851	0.685
4	São Martinho da Serra	3201	0.796	0.769	0.080	0.856	0.625
4	São Pedro do Sul	16368	0.867	0.695	0.523	0.847	0.733
4	São Sepé	23798	0.823	0.729	0.664	0.830	0.762
4	São Vicente do Sul	8440	0.803	0.658	0.500	0.867	0.707
4	Silveira Martins	2449	0.825	0.637	0.330	0.860	0.663
4	Toropi	2952	0.866	0.682	0.138	0.823	0.627
4	Tupanciretã	22281	0.816	0.906	0.524	0.887	0.783
4	Unistalda	2450	0.872	0.680	0.273	0.871	0.674
4	Vila Nova do Sul	4221	0.821	0.680	0.447	0.823	0.693
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>560087</b>					
5	Alto Feliz	2917	0.790	0.577	0.268	0.873	0.627
5	Antônio Prado	12833	0.867	0.738	0.429	0.893	0.732
5	Bento Gonçalves	107278	0.867	0.816	0.699	0.843	0.806
5	Boa Vista do Sul	2776	0.910	0.627	0.236	0.847	0.655
5	Bom Jesus	11519	0.817	0.681	0.624	0.867	0.747
5	Bom Princípio	11789	0.859	0.750	0.419	0.873	0.725
5	Campestre da Serra	3247	0.825	0.700	0.279	0.854	0.664
5	Canela	39229	0.858	0.701	0.632	0.870	0.765
5	Carlos Barbosa	25192	0.873	0.830	0.597	0.860	0.790
5	Caxias do Sul	435564	0.878	0.889	0.816	0.841	0.856
5	Coronel Pilar	1725	0.946	0.577	0.267	0.841	0.658
5	Cotiporã	3917	0.866	0.684	0.332	0.847	0.682
5	Esmeralda	3168	0.803	0.804	0.442	0.867	0.729
5	Fagundes Varela	2579	0.878	0.676	0.357	0.849	0.690
5	Farroupilha	63635	0.879	0.817	0.487	0.833	0.754
5	Feliz	12359	0.859	0.760	0.465	0.873	0.739
5	Flores da Cunha	27126	0.867	0.754	0.575	0.833	0.757
5	Garibaldi	30689	0.861	0.852	0.641	0.841	0.799
5	Gramado	32273	0.884	0.821	0.478	0.843	0.756
5	Guabiju	1598	0.955	0.814	0.279	0.864	0.728
5	Guaporé	22814	0.872	0.746	0.651	0.879	0.787
5	Ipê	6016	0.875	0.720	0.311	0.852	0.689
5	Jaquirana	4177	0.847	0.589	0.438	0.832	0.677
5	Linha Nova	1624	0.843	0.594	0.282	0.873	0.648
5	Monte Alegre dos Campos	3102	0.760	0.489	0.117	0.832	0.549
5	Monte Belo do Sul	2670	0.864	0.661	0.438	0.847	0.703
5	Muitos Capões	2988	0.809	0.901	0.219	0.840	0.692
5	Nova Araçá	4001	0.864	0.794	0.491	0.865	0.753
5	Nova Bassano	8840	0.873	0.801	0.451	0.870	0.749
5	Nova Pádua	2450	0.852	0.681	0.312	0.848	0.673

5	Nova Petrópolis	19045	0.901	0.797	0.369	0.862	0.732
5	Nova Prata	22830	0.850	0.833	0.589	0.859	0.783
5	Nova Roma do Sul	3343	0.927	0.706	0.390	0.841	0.716
5	Paráí	6812	0.876	0.811	0.430	0.870	0.747
5	Picada Café	5182	0.938	0.769	0.337	0.868	0.728
5	Pinhal da Serra	2130	0.781	0.818	0.164	0.867	0.657
5	Protásio Alves	2000	0.881	0.647	0.271	0.866	0.666
5	Santa Tereza	1720	0.813	0.652	0.080	0.849	0.598
5	São Jorge	2774	0.875	0.749	0.375	0.870	0.717
5	São José dos Ausentes	3290	0.791	0.621	0.325	0.832	0.642
5	São Marcos	20103	0.891	0.723	0.527	0.862	0.750
5	São Vendelino	1944	0.847	0.688	0.400	0.876	0.703
5	União da Serra	1487	0.975	0.623	0.364	0.868	0.708
5	Vacaria	61342	0.856	0.786	0.807	0.850	0.825
5	Vale Real	5118	0.800	0.677	0.435	0.866	0.695
5	Veranópolis	22810	0.865	0.776	0.635	0.879	0.789
5	Vila Flores	3207	0.873	0.689	0.351	0.848	0.690
5	Vista Alegre do Prata	1569	0.987	0.656	0.431	0.859	0.733
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>1076801</b>					
6	Água Santa	3722	0.840	0.868	0.232	0.842	0.696
6	Almirante Tamandaré do Sul	2067	0.923	0.892	0.196	0.829	0.710
6	Alto Alegre	1848	0.929	0.771	0.221	0.850	0.693
6	André da Rocha	1216	0.798	0.847	0.387	0.870	0.726
6	Barracão	5357	0.863	0.844	0.338	0.824	0.717
6	Cacique Doble	4868	0.813	0.683	0.385	0.919	0.675
6	Camargo	2592	0.839	0.816	0.061	0.843	0.640
6	Campos Borges	3494	0.841	0.761	0.355	0.833	0.698
6	Capão Bonito do Sul	1754	0.826	0.890	0.191	0.830	0.684
6	Carazinho	59317	0.877	0.828	0.584	0.807	0.774
6	Casca	8651	0.881	0.840	0.326	0.843	0.722
6	Caseiros	3007	0.859	0.766	0.289	0.813	0.682
6	Ciríaco	4922	0.827	0.722	0.423	0.827	0.700
6	Coqueiros do Sul	2457	0.821	0.753	0.248	0.828	0.662
6	Coxilha	2826	0.832	0.733	0.352	0.827	0.686
6	David Canabarro	4683	0.847	0.759	0.229	0.843	0.669
6	Ernestina	3088	0.879	0.807	0.066	0.843	0.649
6	Espumoso	15240	0.825	0.828	0.435	0.826	0.729
6	Gentil	1677	0.911	0.888	0.063	0.838	0.675
6	Ibiaçá	4710	0.890	0.832	0.340	0.876	0.734
6	Ibiraiaras	7171	0.874	0.858	0.444	0.827	0.751
6	Ibirapuitã	4061	0.842	0.695	0.065	0.824	0.606
6	Lagoa dos Três Cantos	1598	0.959	0.863	0.282	0.847	0.738
6	Lagoa Vermelha	27525	0.832	0.796	0.753	0.841	0.805
6	Lagoão	6185	0.756	0.543	0.200	0.824	0.581
6	Machadinho	5510	0.862	0.713	0.364	0.824	0.691
6	Marau	36364	0.847	0.833	0.581	0.833	0.774
6	Mato Castelhano	2470	0.939	0.788	0.060	0.827	0.654
6	Maximiliano de Almeida	4911	0.856	0.719	0.423	0.824	0.705
6	Montauri	1542	0.858	0.696	0.401	0.870	0.706
6	Mormaço	2749	0.851	0.812	0.057	0.869	0.647
6	Muliterno	1813	0.831	0.737	0.087	0.813	0.617
6	Não-Me-Toque	15936	0.865	0.885	0.530	0.845	0.781
6	Nicolau Vergueiro	1721	0.893	0.902	0.068	0.842	0.676
6	Nova Alvorada	3182	0.842	0.912	0.320	0.870	0.736

6	Paim Filho	4243	0.856	0.693	0.339	0.852	0.685
6	Passo Fundo	184826	0.859	0.873	0.655	0.800	0.797
6	Pontão	3857	0.843	0.896	0.062	0.813	0.653
6	Sananduva	15373	0.843	0.844	0.529	0.888	0.776
6	Santa Cecília do Sul	1655	0.864	0.771	0.062	0.826	0.631
6	Santo Antônio do Palma	2139	0.860	0.741	0.064	0.841	0.626
6	Santo Antônio do Planalto	1987	0.861	0.890	0.338	0.863	0.738
6	Santo Expedito do Sul	2461	0.897	0.759	0.424	0.824	0.726
6	São Domingos do Sul	2926	0.871	0.639	0.083	0.842	0.609
6	São João da Urtiga	4726	0.834	0.743	0.337	0.849	0.691
6	São José do Ouro	6904	0.903	0.822	0.489	0.833	0.762
6	Serafina Corrêa	14253	0.865	0.807	0.470	0.907	0.762
6	Sertão	6294	0.958	0.768	0.353	0.843	0.730
6	Soledade	30044	0.838	0.737	0.628	0.858	0.765
6	Tapejara	19250	0.828	0.843	0.482	0.828	0.745
6	Tapera	10448	0.867	0.846	0.509	0.828	0.763
6	Tio Hugo	2724	0.862	0.869	0.060	0.827	0.655
6	Tunas	4395	0.792	0.663	0.285	0.858	0.650
6	Tupanci do Sul	1573	0.803	0.724	0.277	0.824	0.657
6	Vanini	1984	0.844	0.650	0.063	0.838	0.599
6	Victor Graeff	3036	0.928	0.878	0.261	0.847	0.728
6	Vila Lângaro	2152	0.866	0.808	0.135	0.827	0.659
6	Vila Maria	4221	0.896	0.865	0.096	0.843	0.675
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>591705</b>					
7	Aceguá	4394	0.864	0.757	0.188	0.829	0.659
7	Bagé	116794	0.869	0.724	0.716	0.821	0.782
7	Candiota	8771	0.871	0.734	0.684	0.857	0.786
7	Dom Pedrito	38898	0.842	0.749	0.563	0.836	0.748
7	Hulha Negra	6043	0.829	0.621	0.293	0.829	0.643
7	Lavras do Sul	7679	0.863	0.691	0.633	0.829	0.754
6	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>182579</b>					
8	Arroio do Tigre	12648	0.817	0.772	0.270	0.824	0.671
8	Caçapava do Sul	33690	0.853	0.682	0.566	0.839	0.735
8	Cachoeira do Sul	83827	0.855	0.740	0.570	0.808	0.743
8	Cerro Branco	4454	0.767	0.622	0.263	0.816	0.617
8	Encruzilhada do Sul	24534	0.810	0.645	0.366	0.811	0.658
8	Estrela Velha	3628	0.786	0.813	0.062	0.851	0.628
8	Ibarama	4371	0.808	0.630	0.081	0.842	0.590
8	Lagoa Bonita do Sul	2662	0.861	0.727	0.056	0.834	0.619
8	Novo Cabrais	3855	0.831	0.667	0.063	0.813	0.593
8	Passa Sete	5154	0.787	0.653	0.101	0.852	0.598
8	Segredo	7158	0.802	0.576	0.172	0.842	0.598
8	Sobradinho	14283	0.859	0.750	0.488	0.807	0.726
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>200264</b>					
9	Boa Vista do Cadeado	2441	0.850	0.915	0.118	0.844	0.681
9	Boa Vista do Incra	2425	0.860	0.863	0.198	0.850	0.693
9	Colorado	3550	0.904	0.887	0.340	0.847	0.745
9	Cruz Alta	62821	0.872	0.895	0.629	0.849	0.811
9	Fortaleza dos Valos	4575	0.840	0.886	0.388	0.850	0.741
9	Ibirubá	19310	0.864	0.918	0.423	0.876	0.770
9	Jacuízinho	2507	0.786	0.742	0.240	0.832	0.650
9	Quinze de Novembro	3653	0.861	0.880	0.515	0.862	0.779

9	Saldanha Marinho	2869	0.900	0.878	0.401	0.862	0.760
9	Salto do Jacuí	11880	0.791	0.713	0.526	0.828	0.715
9	Santa Bárbara do Sul	8829	0.867	0.928	0.485	0.840	0.780
9	Selbach	4929	0.865	0.840	0.319	0.847	0.718
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>129789</b>					
10	Alegrete	77653	0.879	0.747	0.578	0.835	0.760
10	Barra do Quaraí	4012	0.801	0.720	0.424	0.848	0.698
10	Itaqui	38159	0.843	0.746	0.580	0.875	0.761
10	Maçambará	4738	0.854	0.813	0.341	0.825	0.708
10	Manoel Viana	7072	0.817	0.734	0.448	0.838	0.709
10	Quaraí	23021	0.835	0.669	0.668	0.819	0.748
10	Rosário do Sul	39707	0.849	0.696	0.525	0.835	0.726
10	Santa Margarida do Sul	2352	0.868	0.848	0.070	0.858	0.661
10	Santana do Livramento	82464	0.842	0.712	0.658	0.865	0.769
12	São Borja	61671	0.863	0.748	0.588	0.845	0.761
10	São Gabriel	60425	0.852	0.730	0.571	0.856	0.752
10	Uruguaiana	125435	0.861	0.767	0.614	0.853	0.774
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>526709</b>					
11	Aratiba	6565	0.901	0.790	0.289	0.860	0.710
11	Áurea	3665	0.851	0.734	0.193	0.824	0.650
11	Barão de Cotegipe	6529	0.835	0.776	0.353	0.844	0.702
11	Barra do Rio Azul	2003	0.860	0.615	0.163	0.857	0.624
11	Benjamin Constant do Sul	2307	0.838	0.500	0.064	0.804	0.551
11	Campinas do Sul	5506	0.885	0.806	0.547	0.844	0.771
11	Carlos Gomes	1607	0.843	0.533	0.072	0.865	0.578
11	Centenário	2965	0.837	0.620	0.067	0.865	0.597
11	Charrua	3471	0.745	0.729	0.264	0.814	0.638
11	Cruzaltense	2141	0.921	0.684	0.189	0.844	0.659
11	Entre Rios do Sul	3080	0.881	0.804	0.366	0.824	0.719
11	Erebango	2970	0.851	0.809	0.408	0.854	0.731
11	Erechim	96087	0.873	0.851	0.681	0.844	0.812
11	Erval Grande	5163	0.803	0.668	0.329	0.845	0.661
11	Estação	6011	0.896	0.826	0.510	0.854	0.772
11	Faxinalzinho	2567	0.847	0.683	0.302	0.824	0.664
11	Florianópolis	2018	0.891	0.750	0.067	0.865	0.643
11	Gaurama	5862	0.867	0.745	0.378	0.866	0.714
11	Getúlio Vargas	16154	0.859	0.770	0.555	0.824	0.752
11	Ipiranga do Sul	1944	0.935	0.852	0.228	0.860	0.719
11	Itatiba do Sul	4171	0.857	0.607	0.272	0.866	0.650
11	Jacutinga	3633	0.847	0.785	0.435	0.860	0.732
11	Marcelino Ramos	5134	0.861	0.683	0.374	0.854	0.693
11	Mariano Moro	2210	0.889	0.634	0.365	0.854	0.686
11	Paulo Bento	2196	0.919	0.707	0.151	0.855	0.658
11	Ponte Preta	1750	0.851	0.710	0.153	0.866	0.645
11	Quatro Irmãos	1775	0.869	0.755	0.219	0.857	0.675
11	São Valentim	3632	0.866	0.741	0.345	0.845	0.699
11	Severiano de Almeida	3842	0.906	0.751	0.293	0.859	0.702
11	Três Arroios	2855	0.881	0.734	0.241	0.852	0.677
11	Viadutos	5311	0.851	0.676	0.276	0.854	0.664
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>215124</b>					
12	Bossoroca	6884	0.833	0.770	0.364	0.878	0.711
12	Caibaté	4954	0.861	0.745	0.494	0.896	0.749

12	Cerro Largo	13289	0.859	0.902	0.629	0.896	0.822
12	Dezesseis de Novembro	2866	0.842	0.607	0.497	0.848	0.698
12	Entre-Ijuís	8938	0.849	0.790	0.420	0.861	0.730
12	Eugênio de Castro	2798	0.825	0.873	0.414	0.848	0.740
12	Garruchos	3234	0.835	0.873	0.228	0.825	0.690
12	Guarani das Missões	8115	0.890	0.752	0.511	0.886	0.760
12	Itacurubi	3441	0.808	0.554	0.238	0.875	0.619
12	Mato Queimado	1799	0.820	0.622	0.470	0.896	0.727
12	Pirapó	2757	0.806	0.650	0.527	0.848	0.708
12	Porto Xavier	10558	0.840	0.786	0.512	0.886	0.756
12	Rolador	2546	0.877	0.759	0.300	0.868	0.701
12	Roque Gonzales	7203	0.835	0.679	0.489	0.877	0.720
12	Salvador das Missões	2669	0.911	0.811	0.552	0.905	0.795
12	Santo Ângelo	76275	0.865	0.801	0.593	0.866	0.781
12	Santo Antônio das Missões	11210	0.841	0.721	0.378	0.866	0.702
12	São Luiz Gonzaga	34556	0.854	0.765	0.619	0.866	0.776
12	São Miguel das Missões	7421	0.805	0.837	0.389	0.851	0.721
12	São Nicolau	5727	0.811	0.657	0.529	0.848	0.711
12	São Pedro do Butiá	2873	0.896	0.749	0.544	0.896	0.771
12	Sete de Setembro	2124	0.900	0.587	0.416	0.896	0.700
12	Ubiretama	2296	0.893	0.742	0.324	0.876	0.709
12	Vitória das Missões	3485	0.861	0.681	0.488	0.878	0.727
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>228018</b>					
13	Candelária	30171	0.804	0.709	0.330	0.858	0.675
13	Gramado Xavier	3970	0.787	0.593	0.136	0.842	0.589
13	Herveiras	2954	0.777	0.535	0.174	0.869	0.589
13	Mato Leitão	3865	0.845	0.794	0.060	0.869	0.642
13	Pantano Grande	9895	0.872	0.742	0.539	0.823	0.744
13	Passo do Sobrado	6011	0.825	0.696	0.207	0.827	0.639
13	Rio Pardo	37591	0.814	0.693	0.422	0.837	0.691
13	Santa Cruz do Sul	118374	0.870	0.855	0.527	0.841	0.773
13	Sinimbu	10068	0.811	0.718	0.178	0.856	0.641
13	Vale do Sol	11077	0.778	0.621	0.233	0.856	0.622
13	Vale Verde	3253	0.834	0.617	0.073	0.837	0.590
13	Venâncio Aires	65946	0.834	0.780	0.377	0.852	0.711
13	Vera Cruz	23983	0.848	0.718	0.541	0.883	0.748
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>327158</b>					
14	Alecrim	7045	0.861	0.626	0.289	0.865	0.660
14	Alegria	4301	0.898	0.666	0.290	0.846	0.675
14	Boa Vista do Buricá	6574	0.883	0.743	0.505	0.884	0.754
14	Campina das Missões	6117	0.883	0.669	0.595	0.877	0.756
14	Cândido Godói	6535	0.882	0.737	0.499	0.883	0.750
14	Doutor Maurício Cardoso	5313	0.915	0.795	0.298	0.850	0.714
14	Girúá	17075	0.881	0.811	0.459	0.871	0.755
14	Horizontina	18348	0.905	0.816	0.532	0.859	0.778
14	Independência	6618	0.879	0.793	0.372	0.883	0.732
14	Nova Candelária	2751	0.889	0.697	0.320	0.880	0.697
14	Novo Machado	3925	0.871	0.737	0.441	0.883	0.733
14	Porto Lucena	5413	0.875	0.646	0.434	0.865	0.705
14	Porto Mauá	2542	0.863	0.682	0.338	0.907	0.697
14	Porto Vera Cruz	1852	0.848	0.532	0.387	0.883	0.662
14	Santa Rosa	68587	0.882	0.837	0.603	0.891	0.803
14	Santo Cristo	14378	0.902	0.855	0.450	0.863	0.767

14	São José do Inhacorá	2200	0.870	0.667	0.478	0.911	0.732
14	São Paulo das Missões	6364	0.860	0.653	0.427	0.905	0.711
14	Senador Salgado Filho	2814	0.873	0.720	0.245	0.881	0.680
14	Três de Maio	23726	0.866	0.857	0.449	0.913	0.771
14	Tucunduva	5898	0.868	0.852	0.458	0.911	0.772
14	Tuparendi	8557	0.887	0.790	0.425	0.883	0.746
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>226933</b>					
15	Barra Funda	2367	0.921	0.841	0.057	0.863	0.670
15	Boa Vista das Missões	2114	0.800	0.831	0.062	0.829	0.631
15	Braga	3702	0.810	0.714	0.362	0.832	0.679
15	Cerro Grande	2417	0.833	0.588	0.063	0.828	0.578
15	Chapada	9377	0.866	0.841	0.286	0.863	0.719
15	Constantina	9752	0.863	0.741	0.495	0.877	0.744
15	Coronel Bicaco	7748	0.810	0.788	0.410	0.866	0.718
15	Dois Irmãos das Missões	2157	0.827	0.787	0.070	0.832	0.629
15	Engenho Velho	1527	0.790	0.800	0.546	0.841	0.744
15	Gramado dos Loureiros	2269	0.863	0.552	0.116	0.832	0.591
15	Jaboticaba	4098	0.817	0.670	0.197	0.828	0.628
15	Lajeado do Bugre	2487	0.785	0.629	0.061	0.828	0.576
15	Miraguaí	4855	0.869	0.582	0.280	0.841	0.643
15	Nova Boa Vista	1960	0.863	0.760	0.526	0.865	0.753
15	Novo Barreiro	3978	0.860	0.701	0.060	0.857	0.619
15	Novo Xingu	1757	0.870	0.692	0.376	0.877	0.704
15	Palmeira das Missões	34328	0.825	0.797	0.531	0.844	0.749
15	Redentora	10222	0.747	0.594	0.298	0.783	0.605
15	Ronda Alta	10221	0.833	0.793	0.335	0.827	0.697
15	Rondinha	5518	0.905	0.756	0.536	0.877	0.768
15	Sagrada Família	2595	0.843	0.674	0.061	0.845	0.606
15	São José das Missões	2720	0.835	0.632	0.112	0.845	0.606
15	São Pedro das Missões	1886	0.812	0.674	0.059	0.840	0.597
15	Sarandi	21285	0.831	0.854	0.669	0.851	0.801
15	Três Palmeiras	4381	0.866	0.756	0.067	0.865	0.638
15	Trindade do Sul	5787	0.864	0.717	0.288	0.858	0.682
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>161508</b>					
16	Anta Gorda	6073	0.896	0.764	0.491	0.870	0.756
16	Arroio do Meio	18783	0.870	0.809	0.364	0.884	0.732
16	Arvorezinha	10225	0.872	0.660	0.406	0.870	0.702
16	Barros Cassal	11133	0.781	0.616	0.246	0.799	0.611
16	Bom Retiro do Sul	11472	0.850	0.664	0.502	0.863	0.720
16	Boqueirão do Leão	7673	0.812	0.629	0.183	0.866	0.623
16	Canudos do Vale	1807	0.657	0.521	0.093	0.875	0.586
16	Capitão	2636	0.830	0.633	0.415	0.863	0.685
16	Colinas	2420	0.851	0.677	0.286	0.887	0.675
16	Coqueiro Baixo	1528	0.905	0.559	0.176	0.884	0.631
16	Cruzeiro do Sul	12320	0.839	0.683	0.319	0.879	0.680
16	Dois Lajeados	3278	0.942	0.727	0.420	0.870	0.740
16	Doutor Ricardo	2030	0.857	0.677	0.181	0.880	0.649
16	Encantado	20510	0.868	0.798	0.568	0.888	0.781
16	Estrela	30619	0.884	0.812	0.580	0.872	0.787
16	Fazenda Vilanova	3697	0.767	0.915	0.060	0.866	0.652
16	Fontoura Xavier	10719	0.823	0.624	0.227	0.903	0.644
16	Forquetinha	2479	0.915	0.597	0.241	0.879	0.658
16	Ilópolis	4102	0.887	0.661	0.343	0.864	0.689

16	Imigrante	3023	0.909	0.729	0.418	0.887	0.736
16	Itapuca	2344	0.807	0.546	0.201	0.842	0.599
16	Lajeado	71445	0.862	0.884	0.526	0.873	0.786
16	Marques de Souza	4068	0.852	0.673	0.266	0.876	0.667
16	Muçum	4791	0.846	0.714	0.576	0.890	0.757
16	Nova Bréscia	3184	0.865	0.652	0.320	0.887	0.681
16	Paverama	8044	0.837	0.625	0.246	0.882	0.647
16	Poço das Antas	2017	0.971	0.661	0.481	0.879	0.748
16	Pouso Novo	1875	0.833	0.635	0.069	0.884	0.605
16	Progresso	6163	0.806	0.628	0.248	0.850	0.633
16	Putinga	4141	0.867	0.642	0.260	0.870	0.660
16	Relvado	2155	0.866	0.612	0.366	0.857	0.675
16	Roca Sales	10284	0.857	0.695	0.499	0.882	0.733
16	Santa Clara do Sul	5697	0.812	0.676	0.387	0.863	0.685
16	São José do Herval	2204	0.801	0.658	0.211	0.869	0.635
16	São Valentim do Sul	2168	0.930	0.693	0.342	0.860	0.706
16	Sério	2281	0.829	0.558	0.173	0.884	0.611
16	Tabaí	4131	0.805	0.653	0.061	0.850	0.592
16	Taquari	26092	0.863	0.739	0.512	0.850	0.741
16	Teutônia	27272	0.856	0.853	0.473	0.885	0.767
16	Travesseiro	2314	0.839	0.598	0.074	0.887	0.599
16	Vespasiano Correa	1974	0.891	0.759	0.349	0.887	0.721
16	Westfália	2793	0.894	0.721	0.118	0.874	0.652
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>363964</b>					
17	Ajuricaba	7255	0.893	0.833	0.404	0.840	0.743
17	Augusto Pestana	7096	0.873	0.820	0.305	0.846	0.711
17	Bozano	2200	0.910	0.765	0.066	0.838	0.645
17	Campo Novo	5459	0.809	0.780	0.419	0.841	0.712
17	Catuípe	9323	0.843	0.805	0.414	0.873	0.734
17	Chiapetta	4044	0.866	0.773	0.374	0.833	0.711
17	Condor	6552	0.863	0.884	0.379	0.851	0.744
17	Coronel Barros	2459	0.931	0.820	0.298	0.858	0.727
17	Crissiumal	14084	0.855	0.672	0.312	0.887	0.682
17	Humaitá	4919	0.874	0.762	0.346	0.869	0.713
17	Ijuí	78915	0.894	0.868	0.639	0.825	0.806
17	Inhacorá	2267	0.835	0.811	0.458	0.863	0.742
17	Jóia	8331	0.818	0.846	0.271	0.846	0.695
17	Nova Ramada	2437	0.856	0.774	0.092	0.846	0.642
17	Panambi	38058	0.876	0.829	0.485	0.853	0.761
17	Pejuçara	3973	0.866	0.887	0.397	0.846	0.749
17	Santo Augusto	13968	0.879	0.830	0.489	0.826	0.756
17	São Martinho	5773	0.898	0.754	0.372	0.850	0.719
17	São Valério do Sul	2647	0.816	0.593	0.402	0.833	0.661
17	Sede Nova	3011	0.893	0.765	0.330	0.883	0.718
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>222771</b>					
18	Arroio do Sal	7740	0.882	0.721	0.197	0.876	0.669
18	Balneário Pinhal	10856	0.829	0.631	0.264	0.860	0.646
18	Capão da Canoa	42040	0.833	0.736	0.566	0.857	0.748
18	Capivari do Sul	3890	0.886	0.892	0.294	0.874	0.737
18	Caraá	7312	0.773	0.461	0.064	0.876	0.544
18	Cidreira	12668	0.830	0.680	0.508	0.875	0.723
18	Dom Pedro de Alcântara	2550	0.839	0.600	0.228	0.872	0.635
18	Imbé	17670	0.860	0.724	0.529	0.860	0.743

18	Itati	2584	0.840	0.506	0.260	0.869	0.619
18	Mampituba	3003	0.818	0.481	0.093	0.849	0.560
18	Maquiné	6905	0.837	0.635	0.070	0.867	0.602
18	Morrinhos do Sul	3182	0.888	0.663	0.224	0.847	0.656
18	Mostardas	12124	0.807	0.682	0.311	0.858	0.665
18	Osório	40906	0.861	0.787	0.532	0.896	0.769
18	Palmares do Sul	10969	0.868	0.681	0.264	0.876	0.672
18	Santo Antônio da Patrulha	39685	0.854	0.700	0.323	0.860	0.684
18	Tavares	5351	0.814	0.652	0.245	0.876	0.647
18	Terra de Areia	9878	0.819	0.682	0.259	0.869	0.657
18	Torres	34656	0.885	0.765	0.620	0.874	0.786
18	Tramandaí	41585	0.834	0.697	0.550	0.882	0.741
18	Três Cachoeiras	10217	0.850	0.666	0.254	0.876	0.662
18	Três Forquilhas	2914	0.828	0.510	0.181	0.887	0.602
18	Xangri-lá	12434	0.841	0.734	0.495	0.895	0.742
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>341119</b>					
19	Alpestre	8027	0.828	0.597	0.220	0.830	0.619
19	Ametista do Sul	7323	0.803	0.548	0.253	0.857	0.615
19	Barra do Guarita	3089	0.834	0.471	0.307	0.879	0.623
19	Bom Progresso	2328	0.861	0.712	0.286	0.863	0.681
19	Caiçara	5071	0.838	0.601	0.186	0.875	0.625
19	Cristal do Sul	2826	0.823	0.624	0.063	0.832	0.585
19	Derrubadas	3190	0.853	0.692	0.070	0.862	0.619
19	Erval Seco	7878	0.838	0.697	0.224	0.862	0.655
19	Esperança do Sul	3272	0.825	0.548	0.071	0.823	0.567
19	Frederico Westphalen	28843	0.867	0.795	0.625	0.900	0.797
19	Iraí	8078	0.832	0.643	0.410	0.858	0.686
19	Liberato Salzano	5780	0.812	0.648	0.174	0.837	0.618
19	Nonoai	12074	0.809	0.787	0.419	0.802	0.704
19	Novo Tiradentes	2277	0.879	0.622	0.190	0.865	0.639
19	Palmitinho	6920	0.832	0.641	0.339	0.850	0.666
19	Pinhal	2513	0.841	0.670	0.437	0.845	0.699
19	Pinheirinho do Vale	4497	0.836	0.599	0.189	0.857	0.620
19	Planalto	10524	0.830	0.640	0.347	0.832	0.662
19	Rio dos Índios	3616	0.842	0.694	0.151	0.832	0.630
19	Rodeio Bonito	5743	0.848	0.697	0.382	0.877	0.701
19	Seberi	10897	0.832	0.735	0.277	0.809	0.663
19	Taquaruçu do Sul	2966	0.842	0.707	0.231	0.858	0.660
19	Tenente Portela	13719	0.851	0.729	0.377	0.829	0.696
19	Tiradentes do Sul	6461	0.834	0.626	0.139	0.863	0.616
19	Três Passos	23965	0.900	0.766	0.468	0.899	0.758
19	Vicente Dutra	5285	0.770	0.543	0.223	0.851	0.597
19	Vista Alegre	2832	0.866	0.690	0.263	0.857	0.669
19	Vista Gaúcha	2759	0.910	0.669	0.177	0.863	0.655
	<b>POPULAÇÃO TOTAL CRS</b>	<b>202753</b>					
	<b>POPULAÇÃO TOTAL RS</b>	<b>10.693.929</b>					

**ANEXO C** - Portarias que Normatizam as Redes Estaduais no Rio Grande do Sul na Assistência em Alta Complexidade



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

**REDE DE CARDIOLOGIA :**

**Portarias de Normatização:**

PT/GM/MS Nº 1.169, DE 15 DE JUNHO DE 2004 – INSTITUI A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE;

PT/SAS/MS Nº 210, DE 15 DE JUNHO DE 2004 – DEFINE AS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR E OS CENTROS DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE VASCULAR E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

**Habilitação:**

PT/SAS/MS Nº 404 DE 31/05/2006 (UNIDADES)

PT/SAS/MS Nº 302 DE 07/05/2007 (UNIDADES)

PT/SAS/MS Nº 715 DE 28/09/2006 (UNIDADES)

PT/SAS/MS Nº 719 DE 28/09/2006 (CENTROS DE REFERÊNCIA)

PT/SAS/MS Nº 372 DE 07/07/2008 (CENTROS DE REFERÊNCIA ENDOVASCULAR)

PT/SAS/MS Nº 503 DE DEZEMBRO DE 2009 ( IJUÍ).

PT/SAS/MS Nº 613 DE NOVEMBRO DE 2010 (SANTA CASA DE RIO GRANDE).

PT/SAS/MS Nº 614 DE NOVEMBRO DE 2010 (ERECHIM).

**Impacto Financeiro:**

PT/GM/MS Nº 2345 DE 05/12/2006 (IMPACTO FINANCEIRO PARA OS CENTROS)

PT/GM/MS Nº 3025 DE 27/11/2006 (IMPACTO FINANCEIRO PARA AS UNIDADES)

PT/GM/MS Nº 3431 DE NOVEMBRO DE 2010 (RIO GRANDE).

PT/GM/MS Nº 3432 DE NOVEMBRO DE 2010 ( ERECHIM).

**REDE DE TRAUMATO-ORTOPEDIA :****Portarias de Normatização:**

PT/GM/MS Nº221, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2005 – DETERMINA QUE A SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE REGULAMENTE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA;

PT/SAS/MS Nº 95, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2005 – DEFINE E DÁ ATRIBUIÇÕES ÀS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA, DEFINE E DÁ ATRIBUIÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA E DEFINE E DÁ ATRIBUIÇÕES AOS CENTROS DE REFERÊNCIAS DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA.

PT/SAS/MS Nº 90 DE 2009.

**Habilitação:**

PT/SAS/MS Nº 90 DE 2009.

**Impacto Financeiro**

PT/GM/MS Nº 2387 DE 06/12/2006.

PT/GM/MS Nº 3150 DE 24/12/2008.

**REDE DE ONCOLOGIA :****Portarias de Normatização:**

PT/GM/MS Nº 2439, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2005 – INSTITUTO A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA;

PT/SAS/MS Nº 741, DE DEZEMBRO DE 2005 – DEFINE AS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA, OS CENTROS DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (CACON) E OS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA E SUAS APTIDÕES E QUALIDADES.

**Habilitação:**

PT/SAS/MS Nº 332 DE 08/06/2007.

PT/SAS/MS Nº 513 DE 26/09/2007.

PT/SAS/MS Nº 146 DE 11/02/2008.

PT/SAS/MS Nº 681 DE 19/12/2007.

PT/SAS/MS Nº 259 DE ABRIL DE 2008.

**Impacto Financeiro:**

PT/GM/MS Nº 1380 DE 12/06/2007 (IMPACTO FINANCEIRO RDIOTERAPIA DE SÃO LEOPOLDO)

RESOLUÇÃO CIB/RS Nº 129.

**REDE DE NEUROLOGIA :****Portarias de Normatização:**

PT/GM/MS Nº 1.161, DE 07 DE JULHO DE 2005 – INSTITUI A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR;

PT/SASA/MS Nº 756, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2005 – DEFINE QUE AS REDES DESTADUAIS E/OU REGIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NEUROLÓGICO NA ALTA COMPLEXIDADE SERÃO COMPOSTAS POR UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM NEUROCIRURGIA E CENTROS DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA.

**Habilitação:**

PT/SAS/MS Nº 646 DE NOVEMBRO DE 2008 ( UNIDADE E CENTROS COM ALTERAÇÃO DE CÓDIGOS).

**Impacto Financeiro**

RESOLUÇÃO CIB/RS Nº128.

PT/GM/MS Nº 3150 24 DE DEZEMBRO DE 2008.

**REDE DE NEFROLOGIA :****Portarias de Normatização:**

PT/GM/MS Nº 1.168, 15 DE JUNHO DE 2004 – INSTITUI A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL;

PT/SAS/MS Nº 432, DE 06 DE JUNHO DE 2006 - DETERMINAR QUE AS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE ADOTEM AS PROVIDÊNCIAS

NECESSÁRIAS PARA ORGANIZAR E IMPLANTAR AS REDES ESTADUAIS DE ASSISTÊNCIA EM NEFROLOGIA NA ALTA COMPLEXIDADE E DEFINE QUE AS REDES ESTADUAIS DE ASSISTÊNCIA EM NEFROLOGIA SERÃO COMPOSTAS PELOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA E PELOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM NEFROLOGIA;

RESOLUÇÃO RDC Nº 154, DE 15 DE JUNHO DE 2004 – REGULAMENTO TÉCNICO PARA FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE DIÁLISE.

**Habilitação:**

PT/SAS/MS Nº 11 DE 10/01/2008, HABILITA O HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE PAULA DE PELOTAS COMO CENTRO DE REFERÊNCIA EM NEFROLOGIA;

PT/SAS/MS Nº 69 DE 27/01/2005;

PT/SAS/MS Nº 54 DE 09/02/2006;

PT/SAS/MS Nº 137 DE 22/02/2006;

PT/SAS/MS Nº 232 DE 29/03/2006;

PT/SAS/MS Nº 309 DE 04/05/2006;

PT/SAS/MS Nº 393 DE 29/05/2006;

PT/SAS/MS Nº 445 DE 16/06/2006;

PT/SAS/MS Nº 773 DE 31/12/2006;

PT/SAS/MS Nº 794 DE 08/11/2006;

PT/SAS/MS Nº 948 DE 27/12/2006;

PT/SAS/MS Nº 372 DE 09/07/2007;

PT/SAS/MS Nº 439 DEZEMBRO DE 2009 (SANTIAGO).

**Impacto Financeiro:**

FAEC.

## **REDE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE PORTADOR DE OBESIDADE GRAVE:**

### **Portarias de Normatização:**

PT/GM/MS Nº 1.569, DE 28 DE JUNHO DE 2007 – INSTITUI AS DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO À SAÚDE, COM VISTAS À PREVENÇÃO DA OBESIDADE E ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE OBESIDADE, A SEREM IMPLANTADAS EM TODAS AS UNIDADES FEDERADAS, RESPEITADAS AS COMPETÊNCIAS DAS TRÊS ESFERAS DE GESTÃO;

PT/SAS/MS Nº 492, DE 31 DE AGOSTO DE 2007 – DEFINE UNIDADE DE ASSISTÊNCIA E ALTA COMPLEXIDADE AO PORTADOR DE OBESIDADE GRAVE.

PT/SAS/MS 557 DE OUTUBRO DE 2008 (ULBRA CANOAS).

PT/SAS/MS 558 DE OUTUBRO DE 2008 (HCPA).

PRORROGAÇÃO DAS UNIDADES HABILITADAS POR NORMAS ANTERIORES, PT/SAS/MS Nº 516 SETEMBRO DE 2010.

### **Impacto Financeiro:**

FAEC.

## **REDE DE ATENÇÃO EM TERAPIA NUTRICIONAL:**

### **Portarias de Normatização:**

PT/GM/MS Nº 343, DE 07 DE MARÇO DE 2005 – INSTITUI MECANISMOS PARA A ORGANIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA E CENTROS DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL;

PT/SAS/MS Nº 120, DE 14 DE ABRIL DE 2009 – DEFINE AS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL E CENTROS

DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL E SUAS APTIDÕES E QUALIDADES.

**Habilitação:**

PT/SAS/MS N° 120 DE 14 DE ABRIL DE 2009.

PT/SAS/MS N° 498 DE 24 DE SETEMBRO DE 2010.

PT/SAS/MS N° 234 DE 15 JULHO DE 2009.

**Impacto Financeiro:**

PT/GM/MS 2860 DE 26 DE NOVEMBRO DE 2008.

**REDES DE UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO – UTI :**

**Portarias de Normatização:**

PT/GM/MS N° 3432, DE 12 DE AGOSTO DE 1998 – ESTABELECE CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO PARA AS UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO;

PT/GM/MS N° 332, DE 24 DE MARÇO DE 2000 -

RDC N° 07 DE 20010.

## **REDES DE ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS:**

### **Portarias de Normatização:**

PT/GM/MS Nº 1273, DE 21 DE NOVEMBRO DE 200 – CRIA MECANISMOS PARA ORGANIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE REDES ESTADUAIS DE ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS.

### **Habilitação:**

PT/SAS/MS Nº 612 DE 11 DE NOVEMBRO DE 2010 (SANTA CASA DE RIO GRANDE)

## **REDE ESTADUAIS E REGIONAIS DE ATENÇÃO EM OFTALMOLOGIA**

### **Portarias de Normatização**

PT/GM/MS Nº 957 DE 15/05/2008.

PT/SAS/MS Nº 288 DE 19/05/2008.

## **REDE ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO IDOSO**

### **Portarias de Normatização:**

PT/GM/MS Nº 702 DE 12/04/2002.

PT/SAS/MS Nº 249 DE 16/04/2002.