

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**



**FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**SARA FERNANDES**

**QUANTITATIVO DE ENFERMEIROS ATUANDO  
NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2013.**

Porto Alegre

2014

**SARA FERNANDES**

**QUANTITATIVO DE ENFERMEIROS ATUANDO  
NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2013.**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso  
de Especialização em Saúde Pública da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre  
2014

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo central descrever a distribuição espacial dos enfermeiros no estado do Rio Grande do Sul, em dezembro de 2013. A relevância desta pesquisa encontra-se em investigar se o número de enfermeiros atuantes no Estado do Rio Grande do Sul é o suficiente para a demanda existente. Consiste em estudo de natureza quantitativa, sendo empregado dados secundários provenientes do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Levando-se em consideração a relação entre número de enfermeiros registrados no CNES por mil habitantes residentes nas 35 microrregiões do Rio Grande do Sul, apenas seis atendem a orientação de 1/1000hab, quais sejam: Porto Alegre (1/1000hab.); Pelotas (1/1000hab.); Santa Maria (1,1/1000hab.); Passo Fundo (1,2/1000hab.); Litoral Lagunar (1,5/1000hab.); Ijuí (1,1/1000hab.). Desta forma, se confirma um quadro das desigualdades regionais de acesso aos serviços de saúde, no geral, e aos procedimentos envolvendo o enfermeiro, em particular, e, conseqüentemente, sugere-se fortemente, uma distribuição de profissionais enfermeiros no Rio Grande de Sul, levando-se em consideração os dados do número de enfermeiros registrados no CNES por mil habitantes residentes por microrregiões no Rio Grande do Sul.

**Descritores:** Sistema Único de Saúde, Indicadores de serviço de Enfermagem; Recursos humanos de enfermagem; Dimensionamento de pessoal de enfermagem; Administração e Planejamento em Saúde; Políticas de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Justificativa.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Definição do problema.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 Objetivos .....</b>	<b>6</b>
1.3.1 Geral .....	6
1.3.2 Específico.....	6
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>12</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>14</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>
<b>APÊNDICE A – NÚMERO ENFERMEIROS, POPULAÇÃO ESTIMADA E RELAÇÃO DE HABITANTES/ENFERMEIRO, RS, DEZEMBRO/2013 .....</b>	<b>28</b>
<b>APÊNDICE B – NÚMERO DE ENFERMEIROS, POPULAÇÃO RESIDENTE ESTIMADA E RELAÇÃO Nº DE HABITANTES/ENFERMEIRO, SEGUNDO MICRORREGIÕES DO RIO GRANDE DO SUL, DEZEMBRO DE 2013 .....</b>	<b>40</b>

# **1 INTRODUÇÃO**

Diante do processo de municipalização e descentralização político-administrativa inerente ao Sistema Único de Saúde (SUS), é inegável o desafio assumido pelos municípios em reestruturar a atenção primária e promover ações de saúde. Frente a esse processo complexo, a enfermagem atua como peça fundamental, já que o seu conhecimento científico e sua prática são essenciais para identificar as necessidades da população e estabelecer intervenções eficazes (OLIVEIRA, 2009).

Entre as instâncias administrativas do SUS, o município está mais próximo da realidade da população e, por isso, conhece de forma mais específica às demandas e necessidades desta. Neste contexto, os municípios passam a ter como desafio a missão de conquistar uma assistência à saúde levando em conta às especificidades e as necessidades de cada região, reestruturando toda a rede de atenção, com ênfase na atenção primária, trabalhando na promoção à saúde de seus usuários e permitindo a solução dos problemas de saúde de forma mais resolutiva e integral (SILVA et al., 2011).

A criação de novos significados frente às diversas situações é próprio dos profissionais que atuam na área da saúde, com ênfase ao enfermeiro. E, como profissional que toma conhecimento da realidade dos usuários através da escuta e da consulta de enfermagem e de suas relações, desenvolve com maior capacidade o processo de gerenciar o cuidado à saúde dentro do atual contexto de saúde brasileiro (BENITO et al., 2005).

## **1.1 Justificativa**

Para a formulação de uma política e/ou a construção de estratégias eficientes faz-se necessário uma rede que considere o maior número possível de cenários. Há que se contemplarem os olhares dos diferentes atores envolvidos no SUS, quais sejam os profissionais de saúde, a população, os gestores, as instituições de ensino e pesquisa e as entidades de classe. Só desta forma é

possível construir uma intervenção com adesão e que seja sustentável, não se restringindo a um programa com verticalidade na gestão e com restrita inserção política dos estados e municípios.

No Brasil, a enfermagem passa a ser profissão a partir da Lei 2.604, de 17 de setembro de 1955, que regula o Exercício da Enfermagem Profissional no país. Desde essa época muitos avanços e conquistas foram somados ao exercício da profissão (PORTAL COFEN, 2013).

O enfermeiro ainda possui uma participação social pouco expressiva, além da falta de preparo político e da ausência de reflexão frente às modificações conquistadas. Soma-se a isso a pouca consistência política do seu discurso, o que afeta a qualidade da sua participação em momentos públicos, tendo assim pouca participação na elaboração de projetos políticos e normas na área da saúde, por ter um caráter mais assistencialista. Como explicação para essas fragilidades, sugere-se o pouco conhecimento por parte do profissional enfermeiro sobre a política de gestão do SUS, sendo que esta se constitui em uma relação de constante negociação e pactuação com objetivo de elaborar, implementar e estabelecer políticas públicas de saúde. Além disso, faz-se necessário para a prática do enfermeiro o conhecimento aprofundado acerca das políticas públicas de saúde, pois são elas que direcionam o trabalho dos profissionais, o que reflete diretamente no atendimento e na qualidade da assistência prestada (MELO; SANTOS, 2007).

A inserção de novos atores sociais na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) foi viabilizada pela descentralização do setor saúde. Em decorrência, os profissionais de enfermagem vêm ocupando cargos de direção e coordenação, se conformando em ator corresponsável pela gestão do SUS, situação que demanda competências técnica e política. Para o setor de regulação do acesso, por exemplo, esse profissional tem se destacado no processo de implantação e organização, tanto na esfera estadual como na municipal.

Na enfermagem, a busca por um profissional com formação generalista, na construção de competências e habilidades de acordo com as exigências do SUS, quer acadêmico-científicas quer ético-humanísticas, é um compromisso assumido e pactuado pela profissão (SILVA et al., 2011).

A proposta deste estudo justifica-se pelo surgimento de novos conceitos e legislação do SUS, sendo fundamental que os enfermeiros, inseridos neste contexto,

compreendam a evolução dos sistemas locais de saúde quanto às políticas, estratégias e responsabilidades definidas para viabilizar o acesso à saúde (COSTA; MIRANDA, 2010). A relevância desta pesquisa encontra-se em investigar se o número de enfermeiros atuantes no Estado do Rio Grande do Sul é o suficiente para a demanda existente.

## **1.2 Definição do problema**

A distribuição desigual dos enfermeiros no estado do Rio Grande do Sul, em dezembro/2013.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Geral**

Descrever a distribuição espacial dos enfermeiros no estado do Rio Grande do Sul, em dezembro de 2013.

### **1.3.2 Específico**

1. Sistematizar o quantitativo de enfermeiros atuantes no Estado do Rio Grande do Sul por microrregiões do estado;
2. Calcular a relação nº de enfermeiro/habitante, identificando as microrregiões mais desassistidas deste profissional.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao atingir seus 25 anos de criação, reafirma sua exigência do conjunto dos gestores de uma avaliação dos produtos, resultados e impactos gerados sobre a saúde da população, visando à identificação dos nós críticos e possibilidades de enfrentamento, na perspectiva de seu aperfeiçoamento e reorientação das políticas e programas vigentes.

Os Sistemas Nacionais de Saúde, em geral, têm se defrontado com problemas na distribuição geográfica e fixação de profissionais de saúde, e no caso brasileiro tem sido consenso que tal situação vem dificultando a consolidação do SUS e a expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual ocupa um papel central na reorientação do modelo de cuidado e aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde. A forte concentração geográfica de profissionais e serviços de saúde tem sido um obstáculo para garantia dos princípios constitucionais de universalidade e integralidade e do princípio organizativo da descentralização (MACIEL FILHO, 2007).

Para a formulação de uma política e/ou a construção de estratégias eficientes, eficazes e efetivas faz-se necessário uma rede que considere o maior número possível de cenários. Há que se contemplarem os olhares dos diferentes atores envolvidos no SUS, quais sejam os profissionais de saúde, a população, os gestores, as instituições de ensino e pesquisa e as entidades de classe. Só desta forma é possível construir uma intervenção com adesão e que seja sustentável, não se restringindo a um programa com verticalidade na gestão e com restrita inserção política dos estados e municípios.

Com a regulamentação do SUS, um novo modelo de atenção voltada à saúde foi instalado, pautado em princípios como a descentralização, universalidade, integralidade, associados ao processo de territorialização, com o intuito de facilitar o acesso e priorizar as demandas e necessidades da população (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; SANTOS et al., 2008).



Entretanto, a atenção que vem sendo prestada está longe de se constituir em uma ação integral. A assistência se baseia em ações curativas a fim de reverter o processo de doença já instalada. De acordo com Carneiro et al. (2008), este modelo vem contribuindo para a ideia de que a saúde é concretizada exclusiva ou prioritariamente no acesso aos serviços, especialmente ao tratamento médico.

Importante ressaltar que pela atenção prestada de forma contínua e pautada na territorialização, é possível diagnosticar as necessidades da comunidade, contribuindo para resolver satisfatoriamente os problemas identificados. **Atenção básica é considerada como a porta de entrada do sistema de saúde, que prioriza o cuidado à saúde e não apenas a doença (CARNEIRO et al., 2008).** Frase solta.

O enfermeiro como um dos profissionais que integra a equipe de saúde da família, além das atribuições comuns à equipe tem atribuições específicas como, por exemplo: a consulta de enfermagem, solicitação de exames complementares, prescrição e transcrição de medicações, com base em protocolos e critérios estabelecidos em programas ministeriais e observando as disposições legais da profissão (SANTOS et al., 2008). Ele tem a oportunidade de ultrapassar o conhecimento biológico, estabelecendo relações entre o processo saúde-doença e o social, tendo como base os dados epidemiológicos que subsidiam ações capazes de causar impacto positivo nas formas de padecimento da população. É no momento da consulta que se busca uma interação com a família e o reconhecimento das especificidades de cada membro da mesma, assim, proceder ou dialogar com a família as formas de intervenção e/ou superação.

A consulta de enfermagem é uma atividade prestada pelo enfermeiro ao usuário na qual são identificados problemas de saúde e/ou doenças e prescritas e implementadas medidas de enfermagem com o objetivo de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do mesmo. É um conjunto de ações de sucessão ordenada, para conhecer a situação de saúde da clientela e tomar decisões quanto à assistência a ser prestada, visando a mudanças favoráveis à saúde. Quando a atuação do enfermeiro por meio da consulta de enfermagem melhora a adesão ao tratamento, acelera o restabelecimento do paciente e diminui o custo final da assistência (MARGARIDO; CASTILHO, 2006).

**Um novo modelo de atenção à saúde foi instalado a partir da regulamentação do SUS, tendo como princípios a descentralização dos serviços, a**

universalidade e a integralidade da atenção à saúde e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora em sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Parágrafo semelhante ao 4º deste item.

A estratégia do ESF estimula a implantação de um novo modelo, em que as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) são transformadas em Unidades de Saúde da Família, tendo com um de seus principais objetivos a geração de práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas. Para tanto, utiliza o enfoque de risco como método de trabalho, o que tem favorecido o aproveitamento ideal dos recursos e a adequação destes às necessidades apontadas pela população. As UBSs responsáveis pela atenção básica e porta de entrada do usuário no sistema, têm como equipe multiprofissional: um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários. Assim, têm como desafio o trabalho em equipe, com responsabilidade sobre o território onde vivem ou trabalham em torno de 4.500 pessoas, ou mil famílias (SANTOS et al., 2008).

Os Sistemas de Informação em Saúde, sejam eles assistenciais ou epidemiológicos, têm sido apontados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde, com vistas às intervenções mais aproximadas do quadro de necessidades da população. É possível utilizar as bases de dados nacionais que, alimentadas regularmente por municípios e Estados, estão sendo ainda subutilizadas no seu potencial de instrumentalizar a tomada de decisões e de produção científica.

Esta afirmação é fundamentada tanto pelas características próprias dos sistemas informacionais que agregam milhões de dados e permite inúmeras possibilidades de uso, quanto pela observação de que os gestores de sistemas de saúde têm demonstrado uma preocupação crescente em conhecer e apropriar-se do elenco destes recursos, o que possibilita definições mais acertadas na priorização de ações no setor saúde.

Kuabaraet et al. (2014) alerta que, no entanto, estas informações são pouco exploradas no que se refere à área de recursos humanos em saúde, com enfoque na necessidade de reorganização da assistência. Vale ressaltar, neste sentido, que o potencial dos sistemas de informações em saúde, como demonstradores de

acesso e oferta de serviços de saúde para a população, pode ser amplamente utilizado.

O fato de a atenção básica ser o cenário mais presente nos estudos analisados reflete a direcionalidade da Política Nacional de Saúde impressa na Constituição Federal, que define um conceito ampliado de saúde, considera que o processo saúde/doença é decorrente de diferentes determinantes e condicionantes e inclui na atenção à saúde os princípios da universalidade do acesso, integralidade da assistência, equidade, descentralização, hierarquização e participação social. Nesse contexto, pode-se considerar que está havendo preocupação das instituições formadoras de profissionais de saúde, com vistas a ampliar os cenários de ensino-aprendizagem, modificando, assim, o foco da formação, até então centrado no hospital.

Silva et al. (2012) enfatizam que a política, a gestão, a assistência e o controle social são componentes do quadrilátero necessário para a conformação do modelo tecnoassistencial. Esses quatro campos foram, ao longo da história das políticas públicas de saúde no Brasil, terreno de avanços e retrocessos, dados os interesses diversos no processo de construção de um sistema de saúde público democrático e de qualidade.

No entanto, apesar do avanço que representou o processo de municipalização, de descentralização e do reconhecimento da autonomia de gestão dos municípios, a realidade da saúde no País, ainda é marcada por decisões unilaterais e verticalizadas que, frequentemente, desconsideram a realidade dos municípios e estados. Assim, predominam as políticas nacionais, definidas na esfera federal, acarretando relativa uniformização da organização da atenção a saúde em todo o território nacional.

No campo da organização dos serviços, busca-se superar aqueles com ações de caráter emergencial, dirigidas aos grupos vulneráveis da população e que se sustentam em políticas públicas de cunho compensatório e descontínuo, gerando organizações e programas muitas vezes superpostos.

Na reordenação do sistema de saúde, porém, permanece o desafio de implantar novas formas de atenção em que promoção da saúde e prevenção de agravos sejam atividades prioritárias. Prevalecem práticas que privilegiam o atendimento individual, com enfoque na doença e na relação queixa-conduta, com

verticalidade na abordagem a saúde, massificação de condutas comum à visão reduzida do processo saúde doença e com foco na doença coletiva (CASTRO, 2012).

Nesse contexto, a promoção da saúde é entendida como uma possibilidade para a transformação do modelo tecnoassistencial em saúde, incorporando novos elementos nos domínios da política, da gestão, da assistência e do controle social.

No campo da formulação política e da gestão, a promoção da saúde pressupõe um movimento de construção de políticas públicas capazes de articular diferentes setores sob uma orientação que leve em conta a complexidade inerente a problemas com múltiplas determinações. Pressupõe integração e articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados em situações complexas, visando ao enfrentamento dos problemas de saúde e sua resolução. Considera-se, nesse campo conceitual, a articulação entre políticas públicas para subsidiar o enfrentamento das situações complexas da produção social da saúde, e na adequação de profissionais em relação à população adstrita (FERNANDES et al., 2010).

A ação gerencial numa unidade básica de saúde caracteriza-se em grande parte pela análise do processo de trabalho, com identificação de problemas e busca de soluções para reorganização das práticas de saúde, na tentativa de alcançar as metas descritas no planejamento. Portanto, o gerente atua como interlocutor e mediador do processo de trabalho (FERNANDES et al., 2010).

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Consiste em estudo de natureza quantitativa, sendo empregado dados secundários provenientes do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O CNES é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde integrando todas as informações relacionadas aos recursos físicos e humanos disponíveis para o uso do SUS. Desta forma, visa disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura defuncionamento dos estabelecimentos de saúde nas esferas federal, estadual e municipal.

As variáveis foram coletadas com base nos dados cadastrados das 35 microrregiões do Rio Grande do Sul (RS) para a competência de dezembro de 2013, referente à categoria “enfermeiro” por microrregião. Os dados populacionais foram os estimados para as microrregiões do Rio Grande do Sul pelo IBGE.

Os dados obtidos foram digitados em uma planilha eletrônica, sendo calculadas a frequência das variáveis e a relação profissional/habitante por microrregiões do Rio Grande do Sul.

Enquanto parâmetro de comparação para número de enfermeiros/habitante se empregou o preconizado pelo Ministério da Saúde (2013), definido para a relação um enfermeiro/1000 habitantes.

Para a revisão bibliográfica foram utilizadas as bases LILACS, Scielo e BDEF, com emprego dos seguintes descritores, presentes no DeCS: “Sistema Único de Saúde, Indicadores de serviço de Enfermagem; Recursos humanos de enfermagem; Dimensionamento de pessoal de enfermagem”. Esta estratégia de busca redundou, respeitada a questão norteadora deste estudo, em 11 artigos nos últimos vinte anos.

Um limitante a este estudo, que pode superestimar alguns dos cálculos realizados, prende-se ao fato de se centrar nos registros existentes no CNES, de alimentação sob responsabilidade dos municípios, sem necessariamente uma periodicidade definida. Situação que atinge desde o número de profissionais

cadastrados, eventualmente presente em mais de um estabelecimento de saúde, e sua carga horária.

Por se tratar de um estudo que emprega informações presentes em bases de dados de acesso público, não há necessidade de submissão ao Comitê de Ética. Mesmo assim, o mesmo foi encaminhado para registro junto à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (protocolo nº 26.351).

## **4 RESULTADOS**

A Organização Mundial para a Saúde (OMS) estabeleceu que o número ideal de profissionais de enfermagem em proporção à população é de um para cada 500 habitantes (OMS, 2006).

No Brasil, em 2011, havia 1.535.568 profissionais da enfermagem inscritos do Conselho Federal de Enfermagem, dos quais 314.127 (20,5%) eram enfermeiros. Percentual superado pelos técnicos (45,5%) e auxiliares (33,1%) de enfermagem (COFEN, 2013).

Para 2013, a população estimada para o Rio Grande do Sul é de 11.164.043 indivíduos (IBGE, 2013), existindo 10.468 enfermeiros registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), perfazendo uma relação de um enfermeiro/1.066 habitantes. Caso se considere apenas os enfermeiros com postos de trabalho no setor público, esta relação aumentaria para um enfermeiro/1.156 habitantes (tabela 1).

Tabela 1: Número de enfermeiros inscritos no CNES no Rio Grande do Sul em dezembro de 2013, segundo o setor de atuação.

<b>Categoria</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
Enfermeiro	7.777	781	8.558
Enfermeiro da estratégia de saúde da família	1.529	-	1.529
Enfermeiro de terapia intensiva	102	9	111
Enfermeiro de centro cirúrgico	48	4	52
Enfermeiro puericultor e pediátrico	43	2	45
Enfermeiro obstétrico	33	4	37
Enfermeiro sanitaria	29	-	29
Outros enfermeiros	30	-	30
Enfermeiro do trabalho	18	4	22
Enfermeiro psiquiátrico	17	-	17
Enfermeiro auditor	12	4	16
Enfermeiro neonatologista	9	5	14
Enfermeiro nefrologista	5	1	6
Enfermeiro Estomaterapeuta	2	-	2
<b>Total</b>	<b>9.654</b>	<b>814</b>	<b>10.468</b>

Fonte: CNES - Recursos Humanos/nov. 2013

Porém, ao se considerar apenas os profissionais que atuam no SUS e sua distribuição pelas microrregiões do RS, observa-se uma relação de 0,9 enfermeiro/mil habitantes, variado de 0,4 (Camaquã) a 1,5 (Litoral Lagunar) enfermeiro/mil habitantes (Tabela 2).



Tabela 2: Número de enfermeiros inscritos no CNES, população, produtividade estimada e relação enfermeiro por microrregiões do Rio Grande do Sul, dezembro de 2013.

Microrregião	Enfermeiros	População	Enf./mil hab.	Produtividade x n enfermeiros	nº cons. enf./hab./ano
Porto Alegre	3.739	3.793.596	1,0	16.287.084	4,3
Caxias do Sul	672	818.896	0,8	2.927.232	3,6
Pelotas	488	501.555	1,0	2.125.728	4,2
Santa Maria	402	378.275	1,1	1.751.112	4,6
Campanha Ocid.	233	373.791	0,6	1.014.948	2,7
Osório	274	363.729	0,8	1.193.544	3,3
Passo Fundo	425	344.497	1,2	1.851.300	5,4
S. Cruz do Sul	214	335.618	0,6	932.184	2,8
Lajeado-Estrela	290	321.692	0,9	1.263.240	3,9
Gramado-Canela	183	314.032	0,6	797.148	2,5
Litoral Lagunar	399	270.769	1,5	1.738.044	6,4
Erechim	165	218.731	0,8	718.740	3,3
Montenegro	160	214.408	0,7	696.960	3,3
Santo Ângelo	147	201.518	0,7	640.332	3,2
Ijuí	214	191.123	1,1	932.184	4,9
Campanha Centr.	88	189.590	0,5	383.328	2,0
Campanha Merid.	127	180.078	0,7	553.212	3,1
Fred. Westphalen	130	178.706	0,7	566.280	3,2
Carazinho	136	165.713	0,8	592.416	3,6
Vacaria	96	163.508	0,6	418.176	2,6
Santa Rosa	137	161.909	0,8	596.772	3,7
Cachoeira Sul	86	157.451	0,5	374.616	2,4
Cruz Alta	123	154.354	0,8	535.788	3,5
S. Jerônimo	78	150.885	0,5	339.768	2,3
Três Passos	114	147.448	0,8	496.584	3,4
Camaquã	58	136.299	0,4	252.648	1,9
Guaporé	88	133.937	0,7	383.328	2,9
Serras Sudeste	63	120.488	0,5	274.428	2,3
Santiago	71	114.432	0,6	309.276	2,7
Soledade	43	73.898	0,6	187.308	2,5
Cerro Largo	47	67.604	0,7	204.732	3,0
Restinga Seca	51	64.841	0,8	222.156	3,4
Sananduva	44	62.376	0,7	191.664	3,1
Jaguarão	35	54.430	0,6	152.460	2,8
Não-Me-Toque	34	43.873	0,8	148.104	3,4
<b>Total</b>	<b>9.654</b>	<b>11.164.050</b>	<b>0,9</b>	<b>42.052.824</b>	<b>3,3</b>

Fonte: CNES - Recursos Humanos/nov. 2013 e IBGE (2013).

Levando-se em consideração a relação entre número de enfermeiros registrados no CNES por mil habitantes residentes nas 35 microrregiões do Rio Grande do Sul, apenas seis atendem a orientação de 1/1000hab, quais sejam: Porto Alegre e Pelotas (1/1000 hab. cada), Santa Maria e Ijuí (1,1/1000hab. cada), Passo Fundo (1,2/1000hab.) e Litoral Lagunar (1,5/1000hab.).

Para se confirmar a cobertura de enfermeiros por habitante nas microrregiões, uma segunda abordagem foi empregada. A Resolução do COFEN 293/2004 orienta: “Para o serviço em que a referência não pode ser associada ao leito-dia, a unidade de medida será o sítio funcional, com um significado tridimensional: atividade(s), local ou área operacional e o período de tempo (4, 5 ou 6 horas)”. E ainda explicita: “§ 2º – O quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido de um índice de segurança técnica (IST) não inferior a 15% do total”.

Neste contexto, levou-se em consideração uma jornada de trabalho semanal de 30 horas semanais por enfermeiro e o parâmetro de produtividade que consta da Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002, de três consultas de enfermagem/hora, o que resulta em um potencial de 4.356 atendimentos/ano (três cons./hora x 6h/dia x 22 dias/mês x 11 meses/ano).

Não se encontrou na literatura um parâmetro estimado de consultas de enfermagem por habitante/ano, a exemplo do existente para o profissional médico. Caso existisse, multiplicado pela população e dividido pelo potencial de consultas se chegaria ao nº estimado de enfermeiros para determinada microrregião.

Ainda assim, a produtividade estimada versus o nº de enfermeiros cadastrados no CNES e a relação deste quantitativo com a respectiva população, redundou no nº de consultas de enfermagem/ano/hab. por microrregião do RS, qual seja: uma média de 3,3 consultas/hab./ano para o RS, variando de 1,9 (Camaquã) a 6,4 (Litoral Lagunar).

A Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha com uma ou mais equipes. De acordo com sua área de abrangência, essas equipes desenvolvem ações com uma população adscrita, com um número fixo de famílias entre 600 a 1000, com limite máximo de 4.500 habitantes (BRASIL, 1997, p.13).

Já em 2011, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, uma equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes,

sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. Segundo esta orientação pode ocorrer que as microrregiões do Rio Grande do Sul possa haver defasagem de enfermeiros.

Os enfermeiros ocupam, também, cerca de 70% dos cargos de coordenador do programa nos municípios que possuem coordenação específica para a ESF. As prefeituras são os agentes responsáveis pela contratação de 85% dos enfermeiros; os demais são contratados por outros agentes institucionais como entidades filantrópicas (4,3%) e cooperativas (3,4%). Contraditoriamente, as prefeituras utilizam de forma prioritária o expediente de contratação temporária e/ou de prestação de serviços (69,7%) dos enfermeiros que são contratados por estes agentes (CASTRO, 2012).

## 5 DISCUSSÃO

A definição de dimensionamento de pessoal, segundo alguns autores, é a etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, direta e indiretamente prestada à clientela.

A Resolução nº 293/2004 do COFEN estabelece que o dimensionamento do pessoal de enfermagem deva basear-se nas características relacionadas à empresa (políticas institucionais, porte, tipo de serviço prestado), ao serviço de enfermagem (modelo assistencial) e à clientela (sistema de classificação de pacientes).

A Resolução também coloca que o dimensionamento de pessoal deve acrescer uma porcentagem de funcionários para cobrir as ausências previstas e não previstas.

Estabelecer, portanto, um adequado dimensionamento do quadro de enfermagem é fundamental para se garantir uma assistência de qualidade, pois estabelece o quantitativo de pessoal necessário para atender a demanda assistencial da clientela atendida (VIEIRA; KURCGANT, 2010).

Para Campos, Machado e Girardi (2009), não há dúvida de que a municipalização do SUS fez com que os municípios passassem a ser responsáveis pela assistência local, tomando para si a responsabilidade de prover o sistema de capacidade instalada suficiente para atender a população. A atenção básica passou a ser responsabilidade dos municípios, o que significa prover as estruturas de profissionais adequados para a produção desta assistência. Citam os autores que ilustrando o dito acima, os municípios da Amazônia Legal representam o exemplo concreto destas desigualdades regionais.

A importância e a autonomia do município são frequentemente, apontadas como características importantes do federalismo brasileiro. Por esse aspecto, mas, sobretudo, devido à nova partilha tributária criada pela Constituição que favoreceu os entes locais, o número de municipalidades cresceu rapidamente. Em 1984 eram 4.102. Entre esse ano e 1997, outros 1.405 foram instaladas e 94% destes tinham

menos de 20 mil habitantes. A proliferação de municípios relativamente pequenos, com baixa capacidade gerencial, escassa possibilidade de geração local de receitas e sem escala para oferecer serviços públicos eficientes, é uma questão central para a federação brasileira e para boa parte das políticas públicas (TEIXEIRA, 2006).

Para a política de Saúde, em particular, esse quadro é extremamente importante, porque, dentre outros pilares na configuração e constituição do Sistema Único de Saúde, destaca-se o da descentralização para as instâncias subnacionais, principalmente para as municipalidades.

O processo de descentralização implementado, na área de saúde, envolve não apenas a transferência de serviços, mas também de poder e recursos, em direção às esferas locais.

Como já apontado, os municípios brasileiros são extremamente heterogêneos, não apenas na dimensão demográfica, o que é natural dentro de certos limites, mas em termos de capacidade gerencial, economia de escala, pujança econômica, arrecadação própria e indicadores sociais. No caso específico da Saúde, acrescenta-se a tais desigualdades as disparidades entre a capacidade instalada – oferta de serviços de saúde – e as necessidades sanitárias de cada localidade.

Mendes (2001), citado em Teixeira (2006), aponta o risco da fragmentação de serviços como um dos efeitos indesejados da descentralização, exemplificando com a microrregião de Baturité (Ceará), onde:

[...] há oito hospitais que operam com uma taxa de ocupação média de 22%; há sete aparelhos de ultrassonografia, quando seriam suficientes apenas dois; há dez laboratórios de patologia clínica operando em deseconomia de escala e com baixa qualidade [...] Essa situação encontrada na microrregião de Baturité-Ce está longe de constituir uma exceção no SUS, tendendo muito mais a aproximar-se de uma regra geral.

Cita Oliveira (2008), que com essa realidade, esses municípios acabam apresentando menor aptidão para o provimento e fixação de profissionais de saúde. Além destas dificuldades, os municípios muitas vezes sofrem com o fenômeno da concorrência extremamente danosa entre eles para a contratação de profissionais, em especial, aumentando em muito os custos do sistema de saúde, posto que eleve, sobremaneira, a remuneração desses profissionais em função de verdadeiras 'bolsas de profissionais' na oferta de salários atrativos, tornando-os cada vez maiores e de difícil cumprimento, principalmente para os pequenos municípios.

Verifica-se que as ações estratégicas de promoção da saúde devem ocorrer por meio das articulações que se estabelecem na gerência, nas práticas assistenciais e na relação com a população. Essa análise reforça a importância do papel do gestor como agente de articulação que concretiza a política nas práticas de gestão, de assistência e de controle social.

Ao mesmo tempo, evidencia iniciativas “interessantes” desenvolvidas no território, que podem ser tomadas como “boas práticas”, mas que não ganham visibilidade na gestão municipal nem na formulação das políticas. É preciso dar visibilidade e sustentabilidade as ações que se capilarizam em nível local.

Pode-se afirmar que, para a efetivação da promoção da saúde no cotidiano dos serviços, são necessárias a reorganização do processo de trabalho, a capacitação e a formação dos profissionais nos aspectos políticos, conceituais e metodológicos da promoção da saúde.

Entende-se que as práticas de promoção da saúde devem promover a participação da sociedade de forma aberta e democrática em um movimento que represente, em si, o exercício da cidadania, da capacidade de regular e administrar o poder, de compartilhar os interesses e as responsabilidades (SILVA et al., 2012).

As habilidades para a tomada de decisão compõem-se do pensamento crítico sobre as situações com base na análise e julgamento sobre as perspectivas de cada proposta de ação e de seus desdobramentos. A tomada de decisão ocorre nas diversas dimensões da atuação do enfermeiro, com níveis de complexidade diferentes e exigem que ele percorra as etapas de seu processo de forma sistematizada.

Dessa forma, o processo de descentralização, por meio da municipalização, transferiu para os municípios recursos e responsabilidades. A descentralização dos serviços de saúde para os municípios (denominada Municipalização Autárquica) trouxe vantagens e desvantagens ao sistema de saúde. Entre as vantagens, destaca-se a expansão dos serviços municipais de saúde, como objetivo de prover, no município, o maior número de serviços de saúde (MELO; SANTOS, 2007).

Para os autores, a Municipalização Autárquica obteve fortalecimentos inquestionáveis: a radicalização do processo de descentralização, com a conseqüente entrada em cena de inúmeros atores envolvidos na formulação e execução das ações; maior democratização do setor; melhoria do acesso às ações e

serviços, tanto na atenção básica quanto de serviços mais complexos; e êxito no controle de uma série de doenças evitáveis.

No entanto, os avanços não impediram a conformação de sistemas municipais de saúde fragmentados, atomizados, nem o aprofundamento das desigualdades na oferta e no acesso aos serviços, comprometendo a legitimidade do SUS.

As desvantagens foram à fragmentação e a baixa qualidade dos serviços de saúde, pois o município expandia a assistência à saúde com pouca economia de escala e de escopo e, ainda, sem criar nenhuma articulação regional dos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2009).

A regionalização é uma estratégia para a formação de sistemas de saúde mais eficientes, em que governos levam municípios e estados a assumirem efetivamente seus papéis a fim de executar suas ações em seus respectivos territórios, garantindo, por meio da ampliação e do acesso aos serviços de saúde, as estratégias de prevenção e promoção dos serviços na área.

O paradigma da regionalização cooperativa propõe o reconhecimento de um espaço privilegiado, a microrregião de saúde, onde os municípios da microrregião sanitária, em associação entre si e com apoio da União e da Secretaria Estadual de Saúde, farão à gestão das ações de atenção primária e secundária a saúde (OLIVEIRA et al., 2008), apontam que os municípios, na regionalização da assistência a saúde, devem atender a população da sua área de abrangência, e apenas quando o caso for mais complexo deverá ser encaminhado pelo profissional da saúde a outro serviço de referência.

Afirmam, ainda, que esse princípio não é muitas vezes respeitado, resultando em excesso de demanda aos serviços especializados. Também destacam que o princípio da hierarquização da assistência, em que a organização dos serviços se constitui em forma de pirâmide, atendendo a população conforme o grau de complexidade apresenta dificuldade e falta de acesso para a obtenção desses atendimentos mais especializados e de maior complexidade (OLIVEIRA et al., 2008).

Para qualificar o processo de regionalização, porém, os gestores devem constituir um espaço permanente de pactuação de cogestão solidária e cooperativa, por meio de um Colegiado de Gestão Regional (CGR), um espaço de negociação,

planejamento e decisão, mediante a identificação de prioridades e de pactuações para organizar uma rede regional de ações e serviços de saúde. O funcionamento deste colegiado deve ser acordado nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

Ressalte-se a importância desse espaço regional de articulação, uma vez que o CGR é uma instância de aproximação para o enfrentamento das questões do SUS no âmbito regional. “O CGR deve ser composto por todos os gestores municipais de saúde dos municípios que integram a Região de Saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais)” (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012).

Pretende-se, como processo de regionalização, melhorar o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde, pelo desenvolvimento de sistemas eficientes e efetivos, resultando em melhor qualidade da atenção e construindo um processo de regionalização eficaz, com bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção a saúde.

A estratégia de regionalização apresenta um grande desafio para sua implementação, por envolver ações para o atendimento da população, que nem sempre podem ser ofertadas em todos os municípios de pequeno porte populacional, implicando certa incapacidade de planejar o sistema. Essa proposta, de certo modo, vem reforçar aspectos relacionados à qualificação de regiões e microrregiões na assistência a saúde, buscando a garantia de ações mais resolutivas em todos os níveis de assistência (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012).

A política de recursos humanos também é considerada, no Pacto pela Saúde, como aquela que deve buscar a valorização do trabalho, desenvolver ações para a construção de vínculos entre os trabalhadores da saúde e, nos municípios, fortalecer as estruturas de recursos humanos para produzir mudanças no campo da gestão do trabalho, assim como no campo da educação na saúde (BRASIL, 2011).



## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os dados encontrados neste estudo desvelam que das 35 microrregiões do Rio Grande do Sul somente seis tem uma relação igual ou superior ao preconizado pelo MS, de um enf./1000 hab. no Rio Grande do Sul. Caso se assuma a relação preconizada para uma equipe de saúde de família, em torno de 3.000 habitantes em sua área adscrita, acredita-se que diminuirá o número microrregiões no RS que atendam esta disponibilidade de profissionais atuando do SUS.

Desta forma, se confirma um quadro das desigualdades regionais de acesso aos serviços de saúde, no geral, e aos procedimentos envolvendo o enfermeiro, em particular, e, conseqüentemente, sugere-se fortemente, uma distribuição de profissionais enfermeiros no Rio Grande de Sul.

Esta distribuição desigual enfermeiros no espaço geográfico levanta questionamentos quanto à possibilidade de os preceitos de universalidade e integralidade das ações de saúde serem atingidos no Sistema Único de Saúde. Reforçando a tese da necessidade de uma melhor distribuição dos profissionais de saúde no território nacional.

**REFERÊNCIAS COLOCAR NAS NORMAS. VEJA EXEMPLO DE REFERÊNCIAS  
DISTINTAS PARA UMA MESMA SITUAÇÃO! PADRONIZE!**

BENITO, G. A. V.; BECKER, L. C.; DUARTE, J.; LEITE, D. S. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.** 2005; 58 (60): 635-40.

BRASIL. Portal da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** jul/set., 2013, Brasília, v. 23, n. 3, p. 273-413. [online] Disponível na internet via www. url: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rev\\_epi\\_vol20\\_n3.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rev_epi_vol20_n3.pdf) . Acesso em: 07 jan. 2014.

BRASIL. Portal da Saúde. **Portaria n. 2488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União [periódico na internet]. 21 out 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção.** (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v. 1). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Introdução à Estatística Espacial para a Saúde Pública.** Simone M. Santos; Wayner V. Souza (orgs.). (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde; 3). Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio 2009.

CARNEIRO, A. D. et. al. Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros no PSF: aspectos, éticos e legais. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** 2008; 10(3): 756-65. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a21.htm>>Acesso em: 08 jun. 2014.

CASTRO, Caroline Oliveira de. **Ação do enfermeiro no atendimento a necessidades de saúde do homem na estratégia saúde da família.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2012.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Opinião do graduando de enfermagem sobre a formação do enfermeiro para o SUS: uma análise da FAEN/UERN. **Esc. Anna Nery**, 2010 Jan/Mar; 14 (1): 39-47.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDIM, J. R.; FRANCESCONI, C. F. Ética aplicada à pesquisa. In: CLOTETE, J; FEIJÓ, A.G.D.S; OLIVEIRA, M. G. D. (Org.). **Bioética: uma visão panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUC-RS, 2005.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Banco de dados do estado do Rio Grande do Sul**. [online] Disponível na internet via WWW. URL: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs>. Acesso em: 07 jan. 2014.

KUABARA Cristina Toschie de Macedo et al. Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. **REME, Rev. Min Enferm.**, 2014 Jan/Mar; 18(1): 195-2014

LUDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARGARIDO, E. S.; CASTILHO, V. Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermagem na consulta de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2006; 40 (3): 427-33.

MELO, C. M. M.; SANTOS, T. A. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Texto&contexto Enferm.** 2007;16 (3): 426-32.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no programa de saúde da família: a interface da vigilância em saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (2):333-345, 2005.

OLIVEIRA DC, SÁ CP, GOMES AMT, RAMOS RS, PEREIRA NA, SANTOS WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cad. Saúde Pública**. 2008; 24(1): 197-206.

OLIVEIRA, M. S. Estratégias de fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, no contexto do Pacto pela Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 29-33, maio 2009.

PORTAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. 2013. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2942004\\_4330.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2942004_4330.html)>. Acesso em: 08 jan. 2013.

PORTAL DA FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ENFERMEIROS – FNE. 2013. Disponível em: <<http://www.portalfne.com.br/fne/apresentacao/>>. Acesso em: 07 jan. 2014.

SANTOS, S. M. R, et. al.. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17 (1): 124-30.

SAUTER, Angela Maria Weizenmann; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; KOPF, Aguida Wichrowski. Política de regionalização da Saúde: das Normas Operacionais ao Pacto pela Saúde. **Reme – Rev. Min. Enferm.**;16(2): 265-274, abr./jun., 2012.

SILVA, M. V. S.; SILVA, M. J.; SILVA, L. M. S.; NASCIMENTO, A. A. M.; DAMASCENO, A. K. C.; OLIVEIRA, R. M. Regulação do acesso à saúde: o processo de trabalho administrativo da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, 2011; 15 (3): 560-567.

SILVA, Kenia Lara et al. Desafios da política, da gestão e da assistência para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. **REME– Rev. Min. Enferm.**;16(2): 178-187, abr./jun., 2012.

SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C.; LOPES, R. A. M. et al. Municipalização em saúde: avanços, desafios e atuação do enfermeiro. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, 2011 Jan/Mar; um (1): 112-120.

VIEIRA, APM; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta Paul Enferm**,2010;23(1):11-5.

**APÊNDICE A – NÚMERO ENFERMEIROS, POPULAÇÃO ESTIMADA E  
RELAÇÃO DE HABITANTES/ENFERMEIRO, RS, DEZEMBRO/2013.**

<b>Município</b>	<b>Atuam SUS</b>	<b>Não atuam SUS</b>	<b>População</b>	<b>Habitantes /enfermeiro no SUS</b>
Aceguá	7	-	4.394	628
Água Santa	2	-	3.722	1.861
Agudo	12	-	16.722	1.394
Ajuricaba	1	-	7.255	7.255
Alecrim	3	-	7.045	2.348
Alegrete	22	-	77.653	3.530
Alegria	2	-	4.301	2.151
Almirante Tamandaré do Sul	1	-	2.067	2.067
Alpestre	2	-	8.027	4.014
Alto Feliz	1	-	2.917	2.917
Alvorada	58	2	195.673	3.374
Amaral Ferrador	2	-	6.353	3.177
Ametista do Sul	1	-	7.323	7.323
Anta Gorda	2	-	6.073	3.037
Antônio Prado	10	-	12.833	1.283
Arambaré	3	-	3.693	1.231
Araricá	1	-	4.864	4.864
Aratiba	1	-	6.565	6.565
Arroio do Meio	12	-	18.783	1.565
Arroio do Padre	2	-	2.730	1.365
Arroio do Sal	8	-	7.740	968
Arroio do Tigre	6	-	12.648	2.108
Arroio dos Ratos	4	-	13.606	3.402
Arroio Grande	13	-	18.470	1.421
Arvorezinha	3	-	10.225	3.408
Augusto Pestana	3	-	7.096	2.365
Áurea	1	-	3.665	3.665
Bagé	69	3	116.794	1.693
Balneário Pinhal	11	-	10.856	987
Barão	3	-	5.741	1.914
Barão de Cotegipe	4	-	6.529	1.632
Barão do Triunfo	3	-	7.018	2.339
Barra do Guarita	1	-	3.089	3.089

<b>Município</b>	<b>Atuam SUS</b>	<b>Não atuam SUS</b>	<b>População</b>	<b>Habitantes /enfermeiro no SUS</b>
Barra do Quaraí	4	-	4.012	1.003
Barra do Ribeiro	6	-	12.572	2.095
Barracão	1	-	5.357	5.357
Barros Cassal	3	-	11.133	3.711
Bento Gonçalves	65	7	107.278	1.650
Boa Vista do Buricá	4	-	6.574	1.644
Boa Vista do Cadeado	3	-	2.441	814
Boa Vista do Incra	1	-	2.425	2.425
Boa Vista do Sul	1	-	2.776	2.776
Bom Jesus	7	-	11.519	1.646
Bom Princípio	8	-	11.789	1.474
Bom Retiro do Sul	2	1	11.472	5.736
Boqueirão do Leão	5	-	7.673	1.535
Bossoroca	2	-	6.884	3.442
Bozano	1	-	2.200	2.200
Braga	2	-	3.702	1.851
Brochier	1	-	4.675	4.675
Butiá	7	-	20.406	2.915
Caçapava do Sul	8	-	33.690	4.211
Cacequi	3	-	13.676	4.559
Cachoeira do Sul	34	2	83.827	2.466
Cachoeirinha	42	2	118.278	2.816
Cacique Doble	4	-	4.868	1.217
Caibaté	3	-	4.954	1.651
Caiçara	4	-	5.071	1.268
Camaquã	24	-	62.764	2.615
Camargo	2	-	2.592	1.296
Cambará do Sul	3	-	6.542	2.181
Campina das Missões	4	-	6.117	1.529
Campinas do Sul	3	-	5.506	1.835
Campo Bom	27	1	60.074	2.225
Campo Novo	1	-	5.459	5.459
Campos Borges	1	-	3.494	3.494
Candelária	13	-	30.171	2.321
Cândido Godói	2	-	6.535	3.268
Candiota	3	-	8.771	2.924
Canela	17	-	39.229	2.308
Canguçu	20	-	53.259	2.663
Canoas	132	2	323.827	2.453

<b>Município</b>	<b>Atuam SUS</b>	<b>Não atuam SUS</b>	<b>População</b>	<b>Habitantes /enfermeiro no SUS</b>
Capão Bonito do Sul	2	-	1.754	877
Capão da Canoa	29	-	42.040	1.450
Capão do Cipó	1	-	3.104	3.104
Capão do Leão	7	1	24.298	3.471
Capela de Santana	3	-	11.612	3.871
Capitão	1	-	2.636	2.636
Capivari do Sul	1	-	3.890	3.890
Carazinho	33	4	59.317	1.797
Carlos Barbosa	5	-	25.192	5.038
Carlos Gomes	1	-	1.607	1.607
Casca	5	-	8.651	1.730
Caseiros	3	-	3.007	1.002
Catuípe	1	-	9.323	9.323
Caxias do Sul	386	141	435.564	1.128
Centenário	1	-	2.965	2.965
Cerrito	2	-	6.402	3.201
Cerro Branco	1	-	4.454	4.454
Cerro Grande	1	-	2.417	2.417
Cerro Grande do Sul	1	-	10.268	10.268
Cerro Largo	2	-	13.289	6.645
Chapada	4	-	9.377	2.344
Charqueadas	11	1	35.320	3.211
Chiapetta	4	-	4.044	1.011
Chuí	3	-	5.917	1.972
Chувиска	3	-	4.944	1.648
Cidreira	4	-	12.668	3.167
Ciríaco	1	-	4.922	4.922
Colorado	2	-	3.550	1.775
Condor	2	-	6.552	3.276
Constantina	5	-	9.752	1.950
Coqueiro Baixo	1	-	1.528	1.528
Coronel Bicaco	2	-	7.748	3.874
Coronel Pilar	1	-	1.725	1.725
Crissiumal	4	-	14.084	3.521
Cristal	2	-	7.280	3.640
Cristal do Sul	2	-	2.826	1.413
Cruz Alta	59	28	62.821	1.065
Cruzeiro do Sul	4	-	12.320	3.080
David Canabarro	3	-	4.683	1.561

<b>Município</b>	<b>Atuam SUS</b>	<b>Não atuam SUS</b>	<b>População</b>	<b>Habitantes /enfermeiro no SUS</b>
Derrubadas	1	-	3.190	3.190
Dilermando de Aguiar	1	-	3.064	3.064
Dois Irmãos	10	-	27.572	2.757
Dois Lajeados	2	-	3.278	1.639
Dom Feliciano	6	-	14.380	2.397
Dom Pedrito	10	-	38.898	3.890
Dom Pedro de Alcântara	1	-	2.550	2.550
Dona Francisca	1	-	3.401	3.401
Doutor Maurício Cardoso	1	-	5.313	5.313
Doutor Ricardo	1	-	2.030	2.030
Eldorado do Sul	17	-	34.343	2.020
Encantado	15	-	20.510	1.367
Encruzilhada do Sul	12	-	24.534	2.045
Engenho Velho	3	-	1.527	509
Entre Rios do Sul	1	-	3.080	3.080
Entre-Ijuís	3	-	8.938	2.979
Erebango	1	-	2.970	2.970
Erechim	67	28	96.087	1.434
Ernestina	3	-	3.088	1.029
Erval Grande	3	-	5.163	1.721
Erval Seco	2	-	7.878	3.939
Esmeralda	1	-	3.168	3.168
Esperança do Sul	1	-	3.272	3.272
Espumoso	8	-	15.240	1.905
Estação	2	-	6.011	3.006
Estância Velha	12	1	42.574	3.548
Esteio	56	3	80.755	1.442
Estrela	38	1	30.619	806
Estrela Velha	1	-	3.628	3.628
Eugênio de Castro	3	-	2.798	933
Farroupilha	45	-	63.635	1.414
Faxinal do Soturno	3	1	6.672	2.224
Faxinalzinho	1	-	2.567	2.567
Fazenda Vilanova	1	-	3.697	3.697
Feliz	5	-	12.359	2.472
Flores da Cunha	13	1	27.126	2.087
Fontoura Xavier	2	-	10.719	5.360
Formigueiro	3	-	7.014	2.338
Forquethinha	2	-	2.479	1.240



<b>Município</b>	<b>Atuam SUS</b>	<b>Não atuam SUS</b>	<b>População</b>	<b>Habitantes /enfermeiro no SUS</b>
Fortaleza dos Valos	2	-	4.575	2.288
Frederico Westphalen	21	1	28.843	1.373
Garibaldi	10	-	30.689	3.069
Gaurama	1	-	5.862	5.862
General Câmara	2	-	8.447	4.224
Gentil	1	-	1.677	1.677
Getúlio Vargas	8	-	16.154	2.019
Giruá	12	-	17.075	1.423
Glorinha	4	-	6.891	1.723
Gramado	24	-	32.273	1.345
Gramado dos Loureiros	2	-	2.269	1.135
Gravataí	86	3	255.660	2.973
Guabiju	2	-	1.598	799
Guaíba	33	11	95.204	2.885
Guaporé	7	-	22.814	3.259
Guarani das Missões	4	-	8.115	2.029
Harmonia	1	-	4.254	4.254
Herval	2	-	6.753	3.377
Herveiras	1	-	2.954	2.954
Horizontina	6	-	18.348	3.058
Humaitá	4	-	4.919	1.230
Ibiaçá	2	-	4.710	2.355
Ibiraiaras	1	-	7.171	7.171
Ibirubá	4	-	19.310	4.828
Igrejinha	15	-	31.660	2.111
Ijuí	113	3	78.915	698
Ilópolis	2	-	4.102	2.051
Imbé	20	1	17.670	884
Independência	3	-	6.618	2.206
Inhacorá	1	-	2.267	2.267
Ipê	1	-	6.016	6.016
Ipiranga do Sul	1	-	1.944	1.944
Iraí	1	-	8.078	8.078
Itaara	1	-	5.010	5.010
Itacurubi	1	-	3.441	3.441
Itaqui	16	-	38.159	2.385
Itati	1	-	2.584	2.584
Ivorá	1	-	2.156	2.156
Ivoti	14	-	19.874	1.420

<b>Município</b>	<b>Atuam SUS</b>	<b>Não atuam SUS</b>	<b>População</b>	<b>Habitantes /enfermeiro no SUS</b>
Jaboticaba	3	-	4.098	1.366
Jacuizinho	1	-	2.507	2.507
Jacutinga	1	-	3.633	3.633
Jaguarão	15	-	27.931	1.862
Jaguari	9	-	11.473	1.275
Jaquirana	3	-	4.177	1.392
Jari	2	-	3.575	1.788
Jóia	2	-	8.331	4.166
Júlio de Castilhos	8	-	19.579	2.447
Lagoa Vermelha	10	-	27.525	2.753
Lagoão	2	-	6.185	3.093
Lajeado	92	3	71.445	777
Lajeado do Bugre	2	-	2.487	1.244
Lavras do Sul	5	-	7.679	1.536
Liberato Salzano	2	-	5.780	2.890
Lindolfo Collor	3	-	5.227	1.742
Linha Nova	2	-	1.624	812
Maçambará	3	-	4.738	1.579
Machadinho	2	-	5.510	2.755
Mampituba	3	-	3.003	1.001
Manoel Viana	1	-	7.072	7.072
Maquiné	3	-	6.905	2.302
Maratá	1	-	2.527	2.527
Marau	6	-	36.364	6.061
Marcelino Ramos	2	-	5.134	2.567
Mariana Pimentel	1	-	3.768	3.768
Mariano Moro	2	-	2.210	1.105
Marques de Souza	3	-	4.068	1.356
Mata	1	-	5.111	5.111
Mato Castelhano	1	-	2.470	2.470
Mato Leitão	1	-	3.865	3.865
Mato Queimado	1	-	1.799	1.799
Maximiliano de Almeida	2	-	4.911	2.456
Minas do Leão	4	-	7.631	1.908
Monte Alegre dos Campos	2	-	3.102	1.551
Monte Belo do Sul	1	-	2.670	2.670
Montenegro	67	4	59.415	887
Mormaço	1	-	2.749	2.749
Morrinhos do Sul	1	-	3.182	3.182

<b>Município</b>	<b>Atuam SUS</b>	<b>Não atuam SUS</b>	<b>População</b>	<b>Habitantes /enfermeiro no SUS</b>
Morro Redondo	2	-	6.227	3.114
Mostardas	3	-	12.124	4.041
Muçum	3	-	4.791	1.597
Muitos Capões	2	-	2.988	1.494
Muliterno	2	-	1.813	907
Não-Me-Toque	9	-	15.936	1.771
Nonoai	5	-	12.074	2.415
Nova Alvorada	1	-	3.182	3.182
Nova Araçá	1	-	4.001	4.001
Nova Bassano	6	-	8.840	1.473
Nova Brésia	4	-	3.184	796
Nova Candelária	1	-	2.751	2.751
Nova Esperança do Sul	1	-	4.671	4.671
Nova Hartz	7	-	18.346	2.621
Nova Pádua	1	-	2.450	2.450
Nova Palma	6	-	6.342	1.057
Nova Petrópolis	14	-	19.045	1.360
Nova Prata	15	1	22.830	1.522
Nova Ramada	1	-	2.437	2.437
Nova Roma do Sul	1	-	3.343	3.343
Nova Santa Rita	8	-	22.716	2.840
Novo Barreiro	1	-	3.978	3.978
Novo Hamburgo	154	38	238.940	1.552
Novo Machado	1	-	3.925	3.925
Novo Tiradentes	2	-	2.277	1.139
Novo Xingu	1	-	1.757	1.757
Osório	17	-	40.906	2.406
Paim Filho	1	-	4.243	4.243
Palmares do Sul	7	-	10.969	1.567
Palmeira das Missões	28	-	34.328	1.226
Palmitinho	5	-	6.920	1.384
Panambi	13	-	38.058	2.928
Pantano Grande	1	-	9.895	9.895
Paraí	2	-	6.812	3.406
Paraíso do Sul	3	-	7.336	2.445
Pareci Novo	1	-	3.511	3.511
Parobé	16	-	51.502	3.219
Passa Sete	1	-	5.154	5.154
Passo do Sobrado	0	1	6.011	não há enfermeiro

<b>Município</b>	<b>Atuam SUS</b>	<b>Não atuam SUS</b>	<b>População</b>	<b>Habitantes /enfermeiro no SUS</b>
Passo Fundo	274	30	184.826	675
Paverama	3	-	8.044	2.681
Pedras Altas	3	-	2.212	737
Pedro Osório	4	-	7.811	1.953
Pejuçara	2	-	3.973	1.987
Pelotas	351	17	328.275	935
Pinhal	2	-	2.513	1.257
Pinhal da Serra	1	-	2.130	2.130
Pinhal Grande	1	-	4.471	4.471
Pinheirinho do Vale	2	-	4.497	2.249
Pinheiro Machado	6	-	12.780	2.130
Pinto Bandeira	1	-	2.681	2.681
Piratini	8	-	19.841	2.480
Planalto	3	-	10.524	3.508
Poço das Antas	1	-	2.017	2.017
Pontão	3	-	3.857	1.286
Portão	11	-	30.920	2.811
Porto Alegre	2.290	283	1.409.351	615
Porto Lucena	4	-	5.413	1.353
Porto Mauá	3	-	2.542	847
Porto Vera Cruz	1	-	1.852	1.852
Porto Xavier	4	1	10.558	2.640
Pouso Novo	1	-	1.875	1.875
Presidente Lucena	1	-	2.484	2.484
Progresso	3	-	6.163	2.054
Putinga	1	-	4.141	4.141
Quaraí	6	-	23.021	3.837
Quatro Irmãos	1	-	1.775	1.775
Quevedos	1	-	2.710	2.710
Quinze de Novembro	1	-	3.653	3.653
Redentora	4	-	10.222	2.556
Relvado	2	-	2.155	1.078
Restinga Seca	7	-	15.849	2.264
Rio dos Índios	1	-	3.616	3.616
Rio Grande	339	9	197.228	582
Rio Pardo	21	-	37.591	1.790
Riozinho	2	-	4.330	2.165
Roca Sales	6	-	10.284	1.714
Rodeio Bonito	2	-	5.743	2.872

<b>Município</b>	<b>Atuam SUS</b>	<b>Não atuam SUS</b>	<b>População</b>	<b>Habitantes /enfermeiro no SUS</b>
Rolante	3	-	19.485	6.495
Ronda Alta	9	-	10.221	1.136
Rondinha	1	-	5.518	5.518
Roque Gonzales	2	-	7.203	3.602
Rosário do Sul	20	-	39.707	1.985
Sagrada Família	2	-	2.595	1.298
Saldanha Marinho	1	-	2.869	2.869
Salto do Jacuí	4	-	11.880	2.970
Salvador das Missões	1	-	2.669	2.669
Salvador do Sul	3	-	6.747	2.249
Sananduva	8	-	15.373	1.922
Sant'Ana do Livramento	30	2	82.464	2.749
Santa Bárbara do Sul	2	-	8.829	4.415
Santa Clara do Sul	3	-	5.697	1.899
Santa Cruz do Sul	71	2	118.374	1.667
Santa Margarida do Sul	1	-	2.352	2.352
Santa Maria	307	111	261.031	850
Santa Rosa	42	1	68.587	1.633
Santa Tereza	1	-	1.720	1.720
Santa Vitória do Palmar	10	-	30.990	3.099
Santana da Boa Vista	3	-	8.242	2.747
Santiago	20	-	49.071	2.454
Santo Ângelo	59	7	76.275	1.293
Santo Antônio da Patrulha	15	-	49.071	3.271
Santo Antônio das Missões	3	-	76.275	25.425
Santo Augusto	4	-	13.968	3.492
Santo Cristo	5	-	14.378	2.876
São Borja	43	-	61.671	1.434
São Domingos do Sul	1	-	2.926	2.926
São Francisco de Assis	6	-	19.254	3.209
São Francisco de Paula	6	-	20.537	3.423
São Gabriel	30	-	60.425	2.014
São Jerônimo	15	-	22.134	1.476
São João do Polêsine	5	-	2.635	527
São José das Missões	2	-	2.720	1.360
São José do Herval	2	-	2.204	1.102
São José do Hortêncio	1	-	4.094	4.094
São José do Inhacorá	3	-	2.200	733
São José do Norte	11	-	25.503	2.318

<b>Município</b>	<b>Atuam SUS</b>	<b>Não atuam SUS</b>	<b>População</b>	<b>Habitantes /enfermeiro no SUS</b>
São José do Ouro	7	-	6.904	986
São José dos Ausentes	1	-	2.082	2.082
São Leopoldo	76	9	214.087	2.817
São Lourenço do Sul	29	-	43.111	1.487
São Luiz Gonzaga	10	-	34.556	3.456
São Marcos	8	-	20.103	2.513
São Martinho	3	-	5.773	1.924
São Martinho da Serra	1	-	3.201	3.201
São Miguel das Missões	3	-	7.421	2.474
São Nicolau	4	-	5.727	1.432
São Paulo das Missões	5	-	6.364	1.273
São Pedro da Serra	1	-	3.315	3.315
São Pedro do Sul	8	-	16.368	2.046
São Sebastião do Caí	15	-	21.932	1.462
São Sepé	6	-	23.798	3.966
São Valentim	3	-	3.632	1.211
São Valentim do Sul	1	-	2.168	2.168
São Valério do Sul	3	-	2.647	882
São Vendelino	1	-	1.944	1.944
São Vicente do Sul	6	1	8.440	1.407
Sapiranga	16	1	74.985	4.687
Sapucaia do Sul	49	1	130.957	2.673
Sarandi	11	-	21.285	1.935
Seberi	4	-	10.897	2.724
Sede Nova	1	-	3.011	3.011
Segredo	2	-	7.158	3.579
Selbach	4	-	4.929	1.232
Senador Salgado Filho	1	-	2.814	2.814
Sentinela do Sul	1	-	5.198	5.198
Serafina Corrêa	7	-	14.253	2.036
Sério	1	-	2.281	2.281
Sertão	5	-	6.294	1.259
Sertão Santana	1	-	5.850	5.850
Severiano de Almeida	2	-	3.842	1.921
Silveira Martins	2	-	2.449	1.225
Sinimbu	3	-	10.068	3.356
Sobradinho	7	-	14.283	2.040
Soledade	12	-	30.044	2.504
Tabaí	2	-	4.131	2.066

<b>Município</b>	<b>Atuam SUS</b>	<b>Não atuam SUS</b>	<b>População</b>	<b>Habitantes /enfermeiro no SUS</b>
Tapejara	13	1	19.250	1.481
Tapera	5	-	10.448	2.090
Tapes	1	-	16.629	16.629
Taquara	43	2	54.643	1.271
Taquari	7	2	26.092	3.727
Taquaruçu do Sul	2	-	2.966	1.483
Tavares	2	-	5.351	2.676
Tenente Portela	13	-	13.719	1.055
Terra de Areia	3	-	9.878	3.293
Teutônia	20	-	27.272	1.364
Tio Hugo	1	-	2.724	2.724
Toropi	2	-	2.952	1.476
Torres	41	2	34.656	845
Tramandaí	46	-	41.585	904
Três Arroios	2	-	2.855	1.428
Três Cachoeiras	1	-	10.217	10.217
Três Coroas	6	-	23.848	3.975
Três de Maio	21	-	23.726	1.130
Três Forquilhas	1	-	2.914	2.914
Três Passos	20	-	23.965	1.198
Trindade do Sul	3	-	5.787	1.929
Triunfo	7	-	25.793	3.685
Tucunduva	2	-	5.898	2.949
Tunas	1	-	4.395	4.395
Tupanciretã	11	-	22.281	2.026
Tupandi	1	1	3.924	3.924
Tuparendi	2	-	8.557	4.279
Turuçu	3	-	3.522	1.174
Unistalda	1	-	2.450	2.450
Uruguaiana	87	1	125.435	1.442
Vacaria	34	-	61.342	1.804
Vale do Sol	4	-	11.077	2.769
Vale Verde	1	-	3.253	3.253
Vanini	1	-	1.984	1.984
Venâncio Aires	40	-	65.946	1.649
Vera Cruz	8	-	23.983	2.998
Veranópolis	18	1	22.810	1.267
Viadutos	2	-	5.311	2.656
Viamão	72	-	239.384	3.325

<b>Município</b>	<b>Atuam SUS</b>	<b>Não atuam SUS</b>	<b>População</b>	<b>Habitantes /enfermeiro no SUS</b>
Vicente Dutra	2	-	5.285	2.643
Victor Graeff	2	-	3.036	1.518
Vila Flores	2	-	3.207	1.604
Vila Lângaro	2	-	2.152	1.076
Vila Maria	1	-	4.221	4.221
Vila Nova do Sul	1	-	4.221	4.221
Vista Alegre do Prata	1	-	1.569	1.569
Vista Gaúcha	2	-	2.759	1.380
Xangri-lá	5	-	12.434	2.487
<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>7.777</b>	<b>781</b>	<b>10.577.002</b>	<b>1.360</b>



**APÊNDICE B – NÚMERO DE ENFERMEIROS, POPULAÇÃO RESIDENTE ESTIMADA E RELAÇÃO Nº DE HABITANTES/ENFERMEIRO, SEGUNDO MICRORREGIÕES DO RIO GRANDE DO SUL, DEZEMBRO DE 2013.**

Número de enfermeiros, população residente estimada e relação nº de habitantes/enfermeiro, segundo microrregiões do Rio Grande do Sul, dezembro de 2013.

<b>Microrregião</b>	<b>Enfermeiros</b>	<b>População</b>	<b>Número de hab. por enfermeiro</b>
Porto Alegre	3.739	3.793.596	1.014,60
Caxias do Sul	672	818.896	1.218,60
Pelotas	488	501.555	1.027,78
Santa Maria	402	378.275	940,98
Campanha Ocid.	233	373.791	1.604,25
Osório	274	363.729	1.327,48
Passo Fundo	425	344.497	810,58
S. Cruz do Sul	214	335.618	1.568,31
Lajeado-Estrela	290	321.692	1.109,28
Gramado-Canela	183	314.032	1.716,02
Litoral Lagunar	399	270.769	678,62
Erechim	165	218.731	1.325,64
Montenegro	160	214.408	1.340,05
Santo Ângelo	147	201.518	1.370,87
Ijuí	214	191.123	893,10
Campanha Centr.	88	189.590	2.154,43
Campanha Merid.	127	180.078	1.417,94
Fred. Westphalen	130	178.706	1.374,66
Carazinho	136	165.713	1.218,48
Vacaria	96	163.508	1.703,21
Santa Rosa	137	161.909	1.181,92
Cachoeira Sul	86	157.451	1.830,83
Cruz Alta	214	154.354	721,28
S. Jerônimo	78	150.885	1.934,42
Três Passos	114	147.448	1.293,40
Camaquã	58	136.299	2.349,98
Guaporé	88	133.937	1.522,01
Serras Sudeste	63	120.488	1.912,51
Santiago	71	114.432	1.611,72
Soledade	43	73.898	1.718,56
Cerro Largo	47	67.604	1.438,38
Restinga Seca	51	64.841	1.271,39
Sananduva	44	62.376	1.417,64
Jaguarão	35	54.430	1.555,14
Não-Me-Toque	34	43.873	1.290,38
<b>Total</b>	<b>9.654</b>	<b>10.577.002</b>	<b>1.411,37</b>

Fonte: CNES - Recursos Humanos/nov. 2013 e IBGE (2013).