

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA
POLO DE SAPUCAIA DO SUL
MODALIDADE EAD**

**Gestão Pública e o Planejamento de Longo e Médio Prazo
no RS:
O Rumos 2015, o PPA 2008/11 e a Saúde Pública**

Rosanne Lipp João Heidrich

Santa Maria, RS, Brasil

2013

**GESTÃO PÚBLICA E O PLANEJAMENTO DE LONGO E
MÉDIO PRAZO NO RS:
O RUMOS 2015, O PPA 2008/11 E A SAÚDE PÚBLICA**

Rosanne Lipp João Heidrich

Monografia apresentada à Universidade Federal de Santa Maria na Linha de Pesquisa Gestão Pública para requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão Pública**

Orientador Prof^ª. Flávia Scherer

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

**Universidade Federal de Santa Maria
Pólo de Sapucaia do Sul
Curso de Especialização em Gestão Pública**

**A comissão examinadora, abaixo assinada,
aprova a monografia de especialização**

**GESTÃO PÚBLICA E O PLANEJAMENTO DE LONGO E MÉDIO
PRAZO NO RS:
O RUMOS 2015, O PPA 2008/11 E A SAÚDE PÚBLICA**

elaborada por
Rosanne Lipp João Heidrich

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão Pública

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Flavia Scherer, Dra.
(Presidente/Orientadora)

Profa. Lucia Madruga, Dra.
Universidade Federal de Santa Maria

Prof. João Zamberlan
Universidade Federal de Santa Maria

Santa Maria, 08 de Janeiro de 2013.

RESUMO

Monografia de Especialização
Curso de Especialização em Gestão Pública
Universidade Federal de Santa Maria

GESTÃO PÚBLICA E O PLANEJAMENTO DE LONGO E MÉDIO PRAZO NO RS: O RUMOS 2015, O PPA 2008/11 E A SAÚDE PÚBLICA

AUTORA: ROSANNE L. J. HEIDRICH
ORIENTADOR: FLAVIA SCHERER
Santa Maria, 08 de janeiro de 2013.

O estudo busca avaliar a compatibilidade entre as diretrizes e proposições incluídas em dois planos, realizados em distintos governos no Rio Grande do Sul, um de longo prazo de caráter estratégico e outro de médio prazo, tático-operacional. As propostas realizadas para o setor saúde pelo plano de longo prazo Rumos 2015, realizado em 2005, são comparadas aos programas, ações e recursos financeiros posteriormente executados pelo Plano Plurianual 2008/2011. O estudo é apoiado por meio de pesquisa documental e a análise descritiva é desenvolvida pela revisão de conceitos relacionados ao planejamento e à gestão no âmbito público. Conclui-se que, em nível conceitual, há compatibilidade entre as diretrizes dos planos, entretanto, na situação real, verifica-se que a assistência em média e alta complexidade, em termos do número de leitos hospitalares está muito aquém do número preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Além disso, a disparidade entre os recursos financeiros previstos para as ações pelo plano de longo prazo e, a dotação e execução no médio prazo, demonstram sua insuficiência para o alcance de uma situação mais favorável para a assistência em saúde pública, o que se reflete nos resultados dos indicadores em saúde. Observa-se que as formas de co-gestão e de pactuação em saúde poderiam ser objeto de análises em estudos futuros, buscando avaliar e ampliar a eficiência de tais instrumentos no desenvolvimento das políticas públicas em saúde.

Palavras chave: Planejamento, gestão pública, saúde pública, avaliação, políticas públicas em saúde.

ABSTRACT

Course of Specialization on Public Management
Federal University of Santa Maria

PUBLIC MANAGEMENT AND LONG AND MEDIUM TERM PLANNING IN RIO GRANDE DO SUL STATE: *RUMOS 2015* STUDY, PLURIANNUAL PLAN 2008-11 AND PUBLIC HEALTH

Author: ROSANNE L. J. HEIDRICH
Advisor: FLAVIA SCHERER
Santa Maria, 08 de janeiro de 2013.

Through a review of concepts related to the planning and management in the public sector, a case analysis is conducted aiming to systematically assess the compatibility between the guidelines and proposals for public health in two action plans of different government administrations of the Rio Grande do Sul, State, Brazil a long-term strategic one and another medium-term, tactical and operational. The latter one, according to constitutional definition, organizes the actions of government and the financial resources for the implementation of public policies, while the former aims to provide guidelines for the development of the State through regional development. The proposals made to the health sector by the long-term plan “Rumos 2015”, conceived in 2005, are compared to the programs, actions and resources later executed by the multi-annual plan 2008/2011. On the conceptual level, there is compatibility between the guidelines of the plans, however, the actual situation, known by the results of the indicators of health care, shows that the management has not achieved the implementation of the propositions and goals set by the long-term plan, which influences the results of some of the indicators of population health. The disparity between the financial resources, given to the actions by the long-term plan and the allocation and execution in the medium term plan, compared to the results of the indicators, demonstrates the insufficiency of financial resources for the realization of public policies in order to achieve a more favorable situation for public health. With respect to the objectives of the regional development plan proposed by “Rumos 2015”, defined by greater reliance of resources for health care in regional and boosting the local economy by jobs in the health sector, the analysis shows that there was little scope for the period 2008/2011.

Key words: Planning. Public management. Public health. Evaluation.

SIGLAS E ABREVIATURAS

BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional e Secretários de Saúde
COREDES	Conselho Regional de Desenvolvimento
IGP-DI	Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna
LDO	Lei De Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
OMS	Organização Mundial da Saúde
MS	Ministério da Saúde
PAEG	Plano de Ação Econômica do Governo
PEAC	Planejamento, Execução, Avaliação, Controle
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
RS	Rio Grande do Sul
SCP	Secretaria da Coordenação e Planejamento
SEPLAG	Secretaria do Planejamento e Gestão
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SISPLAG	Sistema de Planejamento e Gestão
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 Gestão Pública e Planejamento.....	10
2.1.1 Ciclos de gestão e o planejamento governamental: a teoria e a prática	11
2.2 A base legal do planejamento governamental: limites e alcance.....	15
2.2.1 Base legal e as etapas do ciclo PEAC.....	18
2.3 Planejamento governamental no Brasil: uma breve revisão.....	20
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	22
3.1 Seleção do método.....	23
4 ANÁLISE DE CASO: O RUMOS 2015 E O PPA 2008/2011 E AS PROPOSTAS PARA O SETOR SAÚDE	25
4.1 O Contexto e Processo de Realização dos Planos.....	25
4.1.1 O estudo de longo prazo Rumos 2015: contexto e processo.....	26
4.1.2 O Plano Plurianual 2008/2011: contexto e processo.....	28
4.2 O Rumos 2015 e as diretrizes para a Saúde Pública.....	29
4.3 O Plano Plurianual 2008/2011 e as metas para a Saúde Pública.....	36
4.3.1 Programa de Assistência em Média e Alta Complexidade no Sistema de Saúde e o alcance das diretrizes do Rumos 2015.....	40
4.3.2 O Programa Atenção Integral à Saúde e o alcance das diretrizes propostas pelo Rumos 2015.....	49
4.4 Conclusões acerca da compatibilidade entre o PPA 2008/2011 da SES/RS e os projetos do Rumos 2015 para a Saúde Pública.....	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	59
Anexo A - Programas do Rumos 2015 para o RS.....	63
Anexo B - PPA 2008/2011 – SES/RS	66

1 INTRODUÇÃO

O alcance de uma situação mais promissora em relação à realidade atual tem constituído a ambição das nações e Estados ao longo do tempo. O tempo, nesse caso, não pode ser entendido como a duração de uma sequência de acontecimentos, mas, como a expressão da transformação da realidade, que conduzirá à situação futura, reflexo das escolhas entre as possibilidades do presente. (SVENSSON, 1992, p.38)

“Um plano aponta para o futuro e distingue o que não é fácil de ser visto, o que não é trivial, mas importante para a construção do futuro desejado.” (GARCIA, 2012, p.449). Planejar significa prever, antecipar, e preparar algo que ainda não aconteceu, e inclui, ainda, a identificação e seleção das possibilidades presentes, com o objetivo de alcançar o futuro pretendido.

Dessa forma, o planejamento reveste-se de grande importância para o alcance do desenvolvimento de um Estado, seja no longo prazo, por definir as diretrizes que orientarão as políticas públicas, ou no médio prazo, por definir o plano orientador da gestão de governo consoante essas políticas.

Esse estudo tem por ênfase a análise de instrumentos de planejamento propostos e realizados em diferentes ciclos de gestão. Pretende-se que os aportes teóricos da ciência da administração apoiem a reflexão por meio da análise de caso, que tem por objetivo verificar a compatibilidade e a relação de continuidade, entre instrumentos de planejamento, de longo e médio prazo, realizados no Rio Grande do Sul em recentes gestões de governo.

O estudo buscou, por meio de uma abordagem qualitativa descritiva, um contraponto entre a teoria e a prática, ao avaliar a relação entre as diretrizes preconizadas pelo plano estratégico, conhecido como estudo de longo prazo “Rumos 2015” (RIO GRANDE DO SUL, 2006), realizado em 2005, e as metas do plano de médio prazo, “Plano Plurianual 2008/2011” (RIO GRANDE DO SUL, 2007), desenvolvido em 2007, na gestão de governo seguinte àquela que realizou o “Rumos 2015”.

O plano “Rumos 2015” abordou a logística de transportes e o desenvolvimento regional, e nesse âmbito propôs diretrizes para a saúde pública, habitação e assistência social, a fim de subsidiar o planejamento de ações buscando o desenvolvimento para o Estado com base no desenvolvimento regional.

Dada a complexidade dos temas e a amplitude dos planos em análise, a avaliação será limitada às diretrizes propostas para o setor saúde e a verificação da sua aplicação no Plano Plurianual 2008/11.

Por tratar-se de uma análise de caso, este estudo não esgota a questão colocada quanto à análise da compatibilidade e continuidade entre as diretrizes de planos realizados em diferentes ciclos de planejamento, entretanto, espera-se que a revisão dos conteúdos analisados, contribua para o desenvolvimento da avaliação do planejamento na gestão pública.

A estrutura desse estudo compreende, além dessa introdução, o capítulo 2 onde são revisados os principais conceitos teóricos que fundamentam a análise, o capítulo 3 que discute e seleciona a metodologia da pesquisa, o capítulo 4 que descreve a análise do caso em estudo e, o capítulo 5 que relaciona as conclusões alcançadas pela análise e elabora as considerações a cerca dos resultados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Gestão Pública e Planejamento

É recente, no Brasil, a formação de um campo de conhecimento teórico específico para a administração pública. Inicialmente, os conteúdos foram extraídos das teorias da “Administração Geral” (DAGNINO, 2009, p 54), entretanto, é preciso ter presente que as funções e papel da administração pública são diversos daqueles da administração empresarial. Se a administração empresarial busca modelos universalmente válidos, o mesmo não pode ocorrer na administração pública (MATIAS e PEREIRA, 2008, p.62), uma vez que fatores de origem histórica e cultural, forma de governo e organização política influenciam a ação e a gestão pública.

Além disso, Matias e Pereira (2008, p. 62), ao realizar uma avaliação comparada da administração pública em diferentes países, aponta que a diversidade cultural, o regime político e formação histórica explicariam a variação entre o objetivo, o estilo e a função da administração pública. Portanto, “... o estudo da administração pública brasileira deve levar em conta as características peculiares da cultura nacional” (LEITE JUNIOR, 2009, p. 9), pois o aprimoramento da gestão e do planejamento na administração pública brasileira dependeria do desenvolvimento de metodologias e de um arcabouço teórico e legal apropriado ao contexto da realidade histórica e social.

Na busca de um modelo de gestão político-administrativa apropriado a cada momento da vida do país, o Estado brasileiro tem sofrido um processo cumulativo de mudanças. Costa (2008, p. 831) sugere que as transformações pelas quais tem passado a administração pública brasileira, incluindo os esforços de reforma do aparelho de Estado, configurariam simultaneamente “200 anos de Estado nacional, 200 anos de administração pública e 200 anos de reformas institucionais e administrativas”.

[...] um rápido panorama da história das transformações por que tem passado a administração pública brasileira, destacando as mudanças planejadas, quer dizer, os esforços de reforma do aparelho de Estado [...] configura hoje uma tríplice efeméride — 200 anos de Estado nacional, 200 anos de administração pública e 200 anos de reformas institucionais e administrativas (Costa, 2008, p. 831).

Isso demonstraria a transformação permanente na administração pública brasileira em busca de um modelo e de instrumentos de planejamento e gestão governamental que viriam a contribuir “... tanto para o desenvolvimento do país, quanto ao desenvolvimento das condições políticas, econômicas e sociais...” (BRASIL, 2012) Entre esses instrumentos estariam, aqueles consagrados pela Constituição Federal - CF, de 1988, especialmente o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Farah (2011) analisaria a dissociação entre administração e política alertando que dessa dissociação “decorreu a busca de princípios gerais válidos para a administração de “qualquer organização”, fosse ela pública ou privada. Este “esvaziamento” da dimensão pública da administração — até então claramente configurada como o lócus governamental — constituiu um aprofundamento da separação entre administração e política” (Farah, 2011 apud Henry, 1995). A dicotomia entre administração e política levaria à constituição de dois caminhos distintos, que orientariam, inclusive, o desenvolvimento de cursos específicos para a formação em administração pública ou política.

Portanto, analisar processos de gestão e planejamento públicos já realizados, à luz da teoria comumente utilizada na administração, seria importante para compreensão do processo real e para a identificação das lacunas teóricas face ao mesmo, assim como propiciaria a análise e a discussão em torno do tema contribuindo para a construção de metodologias de avaliação que permitam o aperfeiçoamento de tais processos.

2.1.1 Ciclos de gestão e o planejamento governamental: a teoria e a prática

A Administração Geral identifica os termos gestão e administração como sinônimos. Assim, a Gestão seria “um conjunto de princípios, de normas e de funções que têm por fim ordenar os fatores de produção e controlar a sua produtividade e a sua eficiência, para obter determinado resultado [...] representada por um modelo explicativo abrangendo quatro etapas: Planejamento, Execução, Avaliação e Controle”. Enquanto a Gestão Operacional seria o espaço integrador das competências que um gestor público deveria possuir para exercer uma efetiva gestão da prestação de serviços públicos (MALMEGRIN, 2010, p. 14).

Nesse contexto se inseriria o ciclo de gestão operacional PEAC que inclui a realização das etapas contínuas de Planejamento (P), Execução (E), Avaliação (A) e

Controle (C) (MALMEGRIN, 2010, p. 25). E, conforme a teoria, através da realização e dos resultados das duas últimas etapas, Avaliação (A) e Controle (C), o aperfeiçoamento das ações realizadas seria alcançado.

Entretanto, no âmbito do setor público, ocorrem outros ciclos de gestão, um dos quais corresponde ao ciclo de poder político-administrativo, identificado de modo temporal como o período de quatro anos de uma gestão de governo eleito pelo voto popular. Esse ciclo político-administrativo, também poderia ser identificado como operacional, pois é o espaço temporal que gestor público dispõe para a execução das ações de governo, ele co-existe e se superpõe ao ciclo PEAC, interferindo de modos diferentes na realização das etapas do último.

Supondo que cada um desses ciclos incluiria, conforme prevê a teoria, as etapas PEAC, a Figura 1 apresenta a ilustração esquemática do que seria a perfeita inter-relação e sincronia entre os diferentes ciclos e as respectivas etapas de gestão. A cada ciclo de gestão seria possível associar-se o respectivo tipo de planejamento.

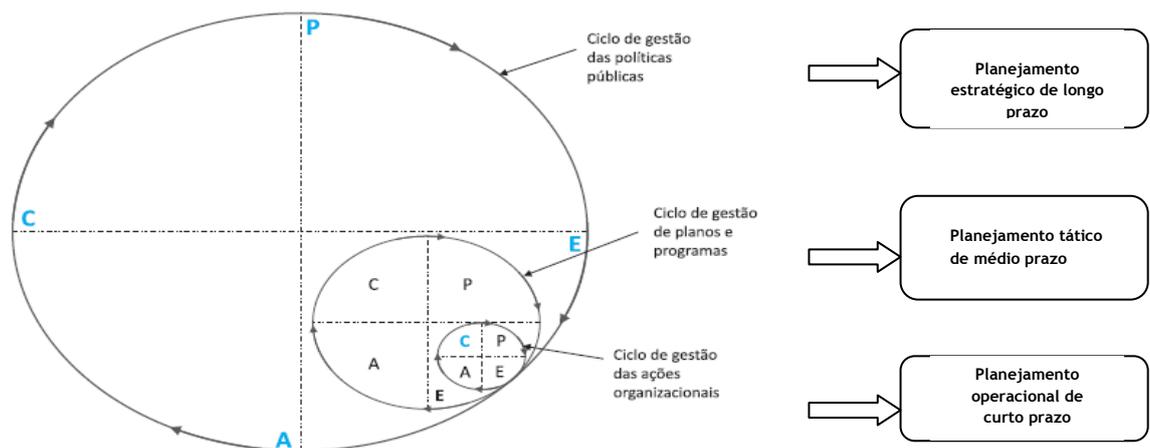


Figura 1: Inter-relacionamento dos ciclos de gestão pública e tipos de planejamento.
Fonte: adaptado de Malmegrin (2010)

Para Malmegrin (2010, p. 26) os três ciclos de gestão, das políticas públicas, de planos e programas, e de ações organizacionais, ocorreriam em “uma gestão”, e compreenderiam, cada um, as quatro etapas PEAC.

Podemos ter em uma Gestão Pública: um ciclo de Gestão PEAC para a gestão de políticas públicas, outro ciclo PEAC para a gestão de planos e programas e ainda outro para a gestão das ações operacionais (MALMEGRIN, 2010, p. 26)

Na realidade, entretanto, esses ciclos, não se concluiriam em um ciclo de gestão pública, tal como informa a autora. O ciclo político-administrativo, ao se superpor aos demais ciclos antes citados, produz descontinuidade na realização das etapas do ciclo PEAC, o que resulta em lacunas na realização dessas etapas ao longo do processo de gestão. Da mesma forma, no âmbito público, a cada um dos três ciclos de gestão - de políticas públicas, de planos e programas e de gestão operacional - corresponderiam tipos diferentes de planejamento, e vários atores poderiam atuar tanto na realização do planejamento, quanto na execução dos ciclos de gestão (COSTA, 2004, p. 19).

Segundo a visão derivada da área empresarial, a etapa de planejamento seria responsável por fornecer orientações diretivas, definir metas ou normativas, métodos, técnicas e ferramentas para a próxima etapa da Execução (MALMEGRIN, 2010, p. 15). Entretanto, no âmbito da gestão pública o “planejamento” compreenderia, ainda, maior complexidade e diferentes enfoques. O próprio termo “planejamento” de acordo com a abordagem teórica e o âmbito de gestão em que estiver inserido poderia incluir muitos significados. Conforme lembra Costa (2004, p. 2)

[...] atrás do vocábulo planejamento, pode-se aduzir, de uma forma ampla, uma infinidade de outros temas afins, como prospectiva, estratégia, plano, projeto, objetivos, visão estratégica e cenários, dentre outros. Por outro lado, há ainda de ser lembrada a questão da temporalidade do planejamento: curto, médio ou longo prazo.

No âmbito público tanto os ciclos de gestão, quanto o planejamento, incluiriam maior complexidade de significados, os quais seriam verificados na prática dos processos de gestão.

Seria oportuno aqui fazer a correspondência entre os ciclos gestão e os tipos de planejamento. Para cada tipo de planejamento corresponderia um ciclo de gestão com período de duração próprio. O Quadro 1 relaciona os ciclos de gestão com os tipos de planejamento e informa a base legal que apóia sua realização.

Na realidade, nos ciclos de gestão pública, dada a complexidade de fatores que incidem, não ocorre o cumprimento integral das etapas PEAC do ciclo de gestão teórico, assim, o modelo apresentado na Figura 1 não seria suficiente para explicar os processos reais que ocorrem na gestão pública.

Ciclo de Gestão	Tipo de Planejamento	Materialização/ Objetivo	Duração do ciclo	Base legal
Ciclo de Gestão de Políticas Públicas	Estratégico	Planos de Longo Prazo estudos tendênciais	Longo Prazo	Constituição Federal Art. 21. IX Art. 174
Ciclo de Gestão de Planos e Programas	Estratégico/ Operacional	Planos e Programas de Governo: Plano Plurianual	Médio Prazo	Constituição Federal Art. 165, I -1º
Gestão Operacional	Operacional	Ações/ Metas/ Produtos Plano Plurianual/ LDO/LOA	Curto Prazo	Constituição Federal Art. 165 II, III, - 2º

Quadro 1: Relação entre Ciclos de Gestão e tipos de Planejamento

Fonte: Adaptado de Dagnino (2009), Malmegrin (2010), BRASIL(1988)

Quanto aos instrumentos de planejamento governamental esses deveriam contemplar planos de longo, médio e curto prazo, os quais, embora tenham ciclos temporais variados deveriam ser alinhados sob a ótica do diagnóstico da realidade e da superação das dificuldades constatadas, para alcançar o desenvolvimento em temas relevantes para a sociedade.

Assim, o planejamento de longo prazo, inserido no ciclo de gestão de políticas públicas, forneceria as diretrizes ao desenvolvimento de planos e programas de médio e curto prazo de modo a dar continuidade à execução das políticas públicas em diferentes ciclos de gestão político-administrativas.

Assim, o planejamento de longo prazo, cujo alcance ultrapassa mais de uma gestão de governo, concentraria sua ênfase em estudos técnicos que realizam o diagnóstico da realidade, avaliando, por meio de análises tendenciais, quais as perspectivas para o futuro, caso a realidade presente se mantenha.

De acordo com Sanches (2004) o planejamento de longo prazo se orientaria para as ações e providências a serem estabelecidas com vistas à mudança nas tendências do presente, para modelar a realidade futura proporcionando um cenário mais favorável que o atual.

O planejamento de longo prazo contribuiria para orientar as políticas públicas e as ações a serem realizadas no curto e médio prazo. As ações produziriam, ao longo do tempo, as intervenções necessárias para a correção dos problemas diagnosticados.

Embora a grande quantidade de conceitos envolvendo o termo “estratégia” conforme De Toni (2003), poder-se-ia adotá-lo como sendo o conjunto de procedimentos práticos e teóricos para construir viabilidade ao plano, e garantir o alcance de seus objetivos com a máxima eficácia. Nesse contexto poderiam ser inseridos os estudos de longo prazo, que ao permitirem vislumbrar o desenvolvimento futuro por meio de análises tendenciais sobre as possibilidades presentes, dariam suporte ao desenvolvimento de programas de médio prazo.

Os planos de médio e curto prazo, no âmbito do planejamento governamental, são expressos respectivamente através do Plano Plurianual - PPA, que tem a duração de quatro anos, e da Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO. Esta compreende as metas e prioridades da administração pública para o exercício financeiro anual, posterior à sua realização, conforme predefinido nos programas e ações do PPA. Em uma mesma esfera de governo deve existir alinhamento entre esses dois instrumentos de planejamento, por atenderem a previsão legal da própria CF, e, por se encontrarem sob a mesma gestão de governo.

Mas, para a realização da visão de futuro, em uma esfera de governo, é desejável também o alinhamento entre o planejamento de longo e médio prazo, a eficácia das ações e o alcance dos objetivos de longo prazo.

O planejamento de longo prazo deveria orientar as diretrizes das políticas públicas, cujos objetivos são alcançados através dos planos plurianuais. Desse modo os programas do PPA, concebidos em sintonia com o plano de longo prazo, contribuiriam, através da realização das ações, para os resultados almejados no longo prazo.

2.2 A base legal do planejamento governamental: limites e alcance

O tema do planejamento governamental foi introduzido na Constituição Federal de 1988 através do artigo 48, que aborda as matérias, objeto de competência da União, a respeito das quais cabe ao Congresso Nacional dispor:

Art. 48. Cabe ao Congresso Nacional, com a sanção do Presidente da República, [...], dispor sobre todas as matérias de competência da União, especialmente sobre:

...

II - plano plurianual, diretrizes orçamentárias, orçamento anual, operações de crédito, dívida pública e emissões de curso forçado;

...

IV - planos e programas nacionais, regionais e setoriais de desenvolvimento.
(BRASIL, 1988)

O ciclo de gestão de planos e programas, na gestão pública brasileira, foi criado através do artigo 165, que instituiu o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), e a Lei do Orçamento Anual (LOA), e unificou os orçamentos anuais: Fiscal, Seguridade Social e de Investimento das Estatais, no Orçamento Geral da União (OGU).

Conforme alerta Garcia (2012, p.432)

Os constituintes buscaram criar um instrumento que explicitasse as intenções de gasto do governo, desse coerência às ações ao longo do tempo e organizasse consistentemente as intervenções parlamentares nos orçamentos. É também evidente a preocupação em criarem-se condições para o exercício regular da avaliação e do controle das despesas públicas.

Mas, embora o plano plurianual tenha sido inserido na CF sob o título que normatiza os “Orçamentos”, no mesmo texto, as orientações legais para o orçamento anual, a serem definidas através da LDO, subordinariam o orçamento ao planejamento.

Diz o texto constitucional em seus artigos 165, 166 e 167:

[...] Os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição serão elaborados em consonância com o plano plurianual e apreciados pelo Congresso Nacional [...] Nenhum investimento cuja execução ultrapassar um exercício financeiro poderá ser iniciado sem prévia inclusão no PPA ou sem lei que autorize tal inclusão, sob pena de crime de responsabilidade [...] As emendas ao projeto de lei do orçamento anual ou aos projetos que o modifiquem somente podem ser aprovadas caso: I - sejam compatíveis com o plano plurianual e com a lei de diretrizes orçamentárias [...] As emendas ao projeto de lei de diretrizes orçamentárias não poderão ser aprovadas quando incompatíveis com o plano plurianual. (BRASIL, 1988)

O PPA foi, portanto, concebido com um evidente caráter coordenador das ações governamentais e com o poder de subordinar a seus propósitos todas as iniciativas que não tivessem sido inicialmente previstas.

Definiria ainda a carta magna, “... a lei que instituir o Plano Plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de natureza continuada” (art. 35 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias).

E, a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO – seria delineada para fazer a articulação e o ajustamento conjuntural do PPA com o orçamento. O que ficaria explícito através do artigo 165, Parágrafo 2º do texto constitucional:

A lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício

financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento. (BRASIL, 1988, art. 165, § 2º)

A LDO cumpriria o papel de articulação e ajustamento entre o PPA e a Lei do Orçamento Anual – LOA - que é o instrumento que, de fato, viabilizaria a gestão operacional, isto é, a execução das ações no curto prazo. E, tanto a LDO, quanto a LOA deveriam ser compatíveis com os planos e programas incluídos no PPA.

Além da LDO, e dos orçamentos anuais, todos os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos na Constituição ou quaisquer outros instituídos durante um período de governo, deveriam ser concebidos para serem compatíveis com o que dispõe o PPA.

Mas, apesar das diretrizes definidas na redação da CF, no âmbito da gestão pública o planejamento tem sido frequentemente, confundido e reduzido à organização do orçamento e à previsão da despesa para a realização das ações de governo.

Quanto ao ciclo de gestão de planos e programas no setor público, este seria, na prática, viabilizado pelo Plano Plurianual (PPA), o qual foi concebido para abranger o intervalo de quatro anos, iniciando no segundo ano de um mandato, presidencial ou estadual, até o final do primeiro ano do mandato subsequente (Artigo 35 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT/CF/88). Essa temporalidade da execução do PPA não coincidente com o ciclo político-administrativo produziria fragilidade no alcance das metas planejadas e na realização das etapas do ciclo PEAC.

A própria legislação define que a etapa do planejamento (P) seria realizada por uma equipe de governo, enquanto a execução das ações (E) viria a ser concluída no primeiro ano de um novo governo (BRASIL, 1988). O PPA se configuraria, portanto, como um plano de médio prazo, concebido para abranger o intervalo de tempo que iria do segundo ano de um mandato ao primeiro ano do mandato subsequente.

Entretanto, a manutenção do PPA durante o primeiro ano de mandato do governo subsequente àquele de sua formulação, não ocorreria de forma linear, pois as equipes responsáveis pela execução são frequentemente alteradas, o que levaria, muitas vezes, à descontinuidade das ações e incompletude das metas.

Contribuiriam para essa descontinuidade a nova agenda e ideologia de que orienta a visão de governo. Assim, muitas ações são reorientadas, e mesmo descontinuadas, pela nova gestão de governo, o qual estabelece suas prioridades alterando, inclusive, a estrutura do aparelho estatal, seja pela criação e extinção de órgãos, ou reorientação de suas atribuições.

Disso resultaria a necessidade de promover o desenvolvimento do planejamento enquanto elemento chave para realizar o diagnóstico da situação, identificando os problemas e as oportunidades presentes no âmbito sócio-econômico, de forma a aproveitá-los para orientar o desenho de ações de médio e longo prazo que viabilizariam o desenvolvimento dos Estados e regiões.

Apesar disso, o texto constitucional remeteu à publicação de Lei Complementar o desenvolvimento do tema do planejamento governamental. Tal lei complementar deveria definir “... a vigência, os prazos, a elaboração e a organização do plano plurianual, da lei de diretrizes orçamentárias e da lei orçamentária anual...” (BRASIL, 1988, Art. 165 § 9º, I), entretanto, essa lei não foi até os dias de hoje editada.

2.2.1 Base legal e as etapas do ciclo PEAC

Do cumprimento ao Artigo 35 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias resultaria, que a etapa da “execução” do plano plurianual ocorresse restando, muitas vezes, inconclusa ou com lacunas, em função da mudança político-administrativa que se interpõe, pela troca de governo, ao final do terceiro ano, em um ciclo de quatro anos, previsto para a realização do PPA.

Quanto à realização das etapas de “avaliação” e “controle”, importantes por serem responsáveis pelo aprimoramento do processo de gestão, nem sempre são realizadas. Sua realização, no âmbito público, ocorreria através do controle externo, e dependeria, muitas vezes, da vontade política, não incluindo de forma sistemática, a participação dos atores responsáveis pela sua realização e execução.

No âmbito público o monitoramento estaria se constituindo em atividade importante para apoiar a execução das ações incluídas nos programas inseridos no planejamento de curto e médio prazo, entretanto sua finalidade seria verificar o andamento da execução e a realização das etapas incluídas no processo.

Quanto à etapa da avaliação esta estaria sendo atribuída a grupos de consultores externos, que a realizariam, muitas vezes, buscando atender a demandas específicas relacionadas às políticas públicas. Prova disso são os editais de chamamento de consultores externos para avaliação de políticas públicas, divulgados através do sítio eletrônico do

Comitê Gestor da Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação. Rede, cujo objetivo é “ser referência nacional no diálogo sobre Monitoramento e Avaliação”.

Essa Rede estaria sendo construída pela parceria entre a Fundação João Pinheiro, o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID, e dela participariam 3547 membros ligados por meio de uma plataforma virtual. Entre esses, muitos são profissionais do meio-acadêmico e de organismos de consultoria e pesquisa, dessa forma, a avaliação não estaria sendo construída como etapa intrínseca à gestão pública.

Quanto à etapa do Controle (C), essa tem sido realizada no âmbito do setor público, por meio de auditorias financeiras, onde o enfoque seria a avaliação da execução financeira realizada para a execução das ações, e o cumprimento da legislação. Conforme dita o Art. 74 da Constituição Federal (BRASIL, 1988):

Os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário manterão, de forma integrada, sistema de controle interno com a finalidade de:

I - avaliar o cumprimento das metas previstas no plano plurianual, a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União;

II - comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à eficácia e eficiência, da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e entidades da administração federal, bem como da aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado; (BRASIL, 1988)

No RS a Contadoria e Auditoria-Geral do Estado – CAGE, é o órgão constitucional do sistema de Controle Interno, que atua, por meio de delegações junto às unidades administrativas dos três poderes do Estado visando zelar pela boa e regular gestão dos recursos públicos (CAGE/SEFAZ). A etapa do Controle, realizada comumente através da auditoria financeira, tem cumprido o papel de *Accountability*, ou seja configuraria a prestação de contas do gestor público com relação ao que foi realizado em sua gestão.

Atualmente, recai sobre as etapas de Planejamento e Execução a maior ênfase da ação na gestão pública. Ainda que o tema “Planejamento” constitua um vasto campo de discussão teórica, o planejamento, percebido enquanto processo inerente à gestão pública se ressentiria da ausência de análise e compreensão de seus limites e alcance, e da avaliação da compatibilidade entre os instrumentos de planejamento de longo e médio prazo, realizados em diferentes gestões de governo.

2.3 Planejamento governamental no Brasil: uma breve revisão

Seja pela variedade de métodos e profusão de abordagens, e pela valorização das relações de mercado em contraposição às ações do Estado, conforme observa Costa (2009), “discorrer sobre Planejamento não é tarefa fácil, [...], pois essa atividade perdeu credibilidade devido a sua aparente ineficácia, sobretudo a partir dos anos 90, através do desgaste gerado pelos efeitos inesperados, na vida da sociedade, de planos e políticas que privilegiaram o encolhimento da ação estatal”.

Uma rápida abordagem histórica do planejamento no Brasil nos remeteria à influência do contexto político, herança dos governos militares, no processo de planejamento governamental. Assim, conforme alertaria Garcia (2000), o “viés economicista se manifestava ao se considerar o planejamento apenas como uma técnica para racionalizar a aplicação exclusiva de recursos econômicos, entendidos como os únicos utilizados no processo de governar”.

Essa foi a concepção, conforme Leite Júnior (2009), ocorreu tanto no Plano de Metas, no governo de Juscelino Kubistcheck, cuja agenda era baseada em um Programa de Obras Públicas, como no Plano de Ação Econômica do Governo (PAEG) do governo Castelo Branco, quanto nos posteriores Planos Nacionais de Desenvolvimento - PND, realizados com ênfase normativa, pelos governos militares. Por esse motivo Garcia (2012) adverte que “... A peça concebida pelos constituintes é [...] chamada de plano por descuido ou por influência daqueles que lidavam com os PNDs”.¹

Atualmente, verifica-se, a busca da evolução do processo de planejamento relativamente àquele de viés economicista. Carlos Matus, entre outros autores, elaboraria crítica ao planejamento tradicional, apontando a necessidade de considerar no planejamento a pluralidade dos atores e interesses envolvidos. A partir daí, passaria a ser foco permanente das administrações a busca de mecanismos para identificar os pontos convergentes entre esses atores, visando identificar os problemas, com o objetivo de elaborar as políticas públicas (SILVA, NIERO e MAZZALI, 2009, p.2)

Na busca de novos modelos de gestão pública, que visariam superar problemas como a falta de coerência entre políticas e programas que não convergem para objetivos comuns,

¹ Plano(s) Nacional de Desenvolvimento:

ou que se anulam, Marini e Martins (2004) propoem um modelo de gestão governamental matricial, que se basearia no estabelecimento de estruturas em rede para implementação de programas voltados ao desenvolvimento. Esse governo em rede ou matricial necessitaria do desenvolvimento de um modelo de planejamento adequado ao enfrentamento das contingências complexas do contexto governamental, contexto que é composto por um conjunto de variáveis (econômica, social, tecnológica, etc...) e de atores representantes dos diversos interesses em jogo.

Apesar dessas novas concepções a respeito do processo de planejamento, no Brasil a legislação sobre o planejamento governamental, formalmente instituída pela CF, que orienta, desde 1988 até os nossos dias, o processo de realização do PPA, não superaria a concepção normativa e reducionista herdada dos militares e seus tecnocratas, conforme alertaria Garcia (2000).

Garcia (2000) atribuiria essa característica ao fato da Constituinte de 1988, trabalhar em ambiente de forte crise econômica e desequilíbrio das finanças públicas nacionais e sob a pressão de reivindicações populares antes reprimidas. Assim, o Plano Plurianual teria sido concebido, pelos constituintes, como um instrumento que explicitasse as intenções do governo, dando coerência às ações ao longo do tempo e organizando consistentemente as intervenções parlamentares nos orçamentos.

A partir dessas constatações verifica-se que o fortalecimento do PPA, no ambiente político-institucional, deveria incluir no seu processo de formulação o aporte do planejamento estratégico, e a participação da sociedade, entre outros elementos, de modo a efetivá-lo como resultado de um processo democrático e resposta legítima às necessidades sociais.

Além disso, seria preciso considerar que planejar estrategicamente significa buscar a solução para problemas e aproveitar oportunidades que se apresentam no contexto real.

Planejar é pensar por problemas e enfrentá-los mediante ações organizadas por programas com objetivos definidos, a articulação do plano ao orçamento, permite chegar muito mais perto da complexidade do mundo real do que na forma tradicional de fazer planejamento e orçamento. (GARCIA, 2000).

Assim, planejar, segundo De Toni (2009) e Garcia (2000) implicaria ainda, manipular variáveis políticas em situações de poder compartilhado, entre os diferentes atores e forças sociais, que também planejam e formulam estratégias.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A diversidade de diretrizes e contextos de poder, que permeiam os diferentes ciclos político-administrativos, e, ainda a variedade de métodos utilizados na realização de planos de longo e médio prazo, torna complexa a verificação da compatibilidade entre seus conteúdos, assim como a avaliação da continuidade entre as diretrizes propostas por tais planos.

Essa complexidade, somada ao novo ambiente político que se instala a cada alteração de gestão governamental, não tem contribuído para a criação de um espaço metodológico que permitisse conhecer da compatibilidade, complementaridade ou continuidade entre tais planos, sobretudo no caso de planos produzidos em diferentes gestões de governo. A revisão de tais instrumentos de planejamento, por meio de pesquisa documental permitiria, por meio de uma abordagem qualitativa descritiva, avaliar a compatibilidade e continuidade, entre as diretrizes e metas propostas pelos mesmos.

Embora, o plano “Rumos 2015” tenha sido coordenado pela Secretaria de Planejamento e Coordenação do RS, atual Secretaria de Planejamento, Gestão e Participação Cidadã, órgão onde de modo sistemático igualmente são realizados os Planos Plurianuais, não foi realizada uma avaliação sistemática do aproveitamento das suas análises e alcance das metas preconizadas para o desenvolvimento regional, através das políticas públicas, quando da elaboração, execução e finalização dos programas e ações do PPA 2008-2011.

Dada a multiplicidade de temas incluídos no planejamento governamental, a análise e avaliação da compatibilidade, e ou, alinhamento entre as diretrizes do PPA 2008/2011, em relação às diretrizes do plano “Rumos 2015”, no presente estudo foi circunscrita ao tema saúde pública.

No âmbito do desenvolvimento de políticas, pressupõe-se que haveria correspondência entre os programas e as ações propostas pelo plano de médio prazo, PPA 2008-2011, e as diretrizes preconizadas pelo estudo ou plano de longo prazo Rumos 2015.

Para alcançar os objetivos propostos pelo estudo, buscou-se descrever os planos de modo a constituir uma pesquisa descritiva. Conforme Zanella (2009), esse seria um tipo de estudo muito utilizado em Administração Pública, já que se prestaria a descrever as características de um determinado fato ou fenômeno.

O método científico caracteriza-se pela escolha de procedimentos sistemáticos para descrição e explicação de uma determinada situação em estudo, e sua escolha deve estar baseada em dois critérios básicos: a natureza do objetivo ao qual se aplica e o objetivo que se tem em vista no estudo (CESAR, 2006, apud FACHIN, 2001). Portanto, esses critérios orientaram a seleção da metodologia.

3.1 Seleção do método

Ao selecionar-se o método e procedimentos para a pesquisa verificou-se que o estudo de caso seria vantajoso, pois objetiva, conforme CÉSAR (2006), a compreensão e a ampliação de uma experiência, e possibilita investigar “um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2001, p. 32).

Verificou-se, entretanto, que este estudo, assim como as pesquisas que dispõem de uma única fonte de evidência, ou de amostras reduzidas, não permitiria extrair generalizações a partir de suas conclusões, portanto não se caracterizaria como estudo de caso, mas antes deveria ser considerado como uma análise de caso, conforme exposto por César (2006), Gil, Licht e Oliva (2005). O que se justifica dada a variedade e a extensão dos conteúdos incluídos nos planos, em contraponto ao recorte a ser analisado, e, ainda, ao fato de que os resultados encontrados não permitiriam realizar generalizações.

De acordo com Holliday (2012) a sistematização se situa no caminho intermediário entre a descrição de uma experiência e a reflexão teórica. Esse autor define a sistematização como a interpretação crítica possível através da ordenação e reconstrução prévia do processo, permitindo constituir um primeiro nível de conceitualização ao pretender contribuir no melhoramento da experiência e, por vezes, no enriquecimento da teoria.

Esse mesmo autor reconhece que uma das formas de sistematizar seria a avaliação, a qual representa um primeiro nível de elaboração conceitual. A lógica da avaliação não seria realizar uma interpretação da lógica do processo realizado, mas antes, fundamentalmente medir os resultados obtidos, confrontando-os com o diagnóstico inicial, objetivos e metas que se haviam proposto. Essa medição não seria somente quantitativa, mas deveria situar as mudanças qualitativas que a experiência produziu.

Dessa forma, verificou-se que o método deveria incluir na análise de caso a realização de uma avaliação sistemática, dos instrumentos de planejamento governamentais de longo e médio prazo, para a identificação e a verificação de seus resultados. E, embora circunscrita ao tema saúde pública, significaria um esforço para a construção de um novo espaço de reflexão em torno de elementos produzidos pela atividade do órgão de planejamento do Estado.

Os procedimentos incluídos na pesquisa, após a revisão bibliográfica que fundamentou o estudo, incluíram:

- A leitura dos planos: para conhecimento da metodologia de elaboração, conteúdos dos programas, ações e diretrizes relacionadas à saúde pública, com o objetivo de buscar a relação entre as diretrizes propostas em um e outro plano, e comparar o processo e a metodologia em que tais planos foram desenvolvidos.
- A coleta dos dados: por meio de pesquisa documental nos planos, e no relatório de avaliação do plano plurianual e em outros documentos que informam das metas e dos indicadores relacionados aos temas da saúde pública no período.
- A sistematização das informações relacionadas às diretrizes e metas visando a avaliação da compatibilidade entre os planos.
- A análise dos resultados das ações, por meio das metas e indicadores alcançados pelos respectivos planos com vistas a avaliar a compatibilidade dos programas e o significado dos resultados.

4 ANÁLISE DE CASO: O “RUMOS 2015”, O PPA 2008/2011 E AS PROPOSTAS PARA O SETOR SAÚDE

Buscou-se, por meio da análise de caso, realizar uma avaliação sistemática das propostas para a saúde pública no RS, contidas no estudo RUMOS 2015 e no PPA 2008/2011, avaliando se os programas e metas desse último corresponderam às diretrizes e metas preconizadas pelo primeiro. Para alcançar tais objetivos e visando qualificar a análise, as etapas realizadas foram:

- Situar o contexto de realização dos planos.
- Descrever e comparar os processos e a metodologia empregados na realização dos planos.
- Verificar a compatibilidade que guardaram entre si as diretrizes dos dois planos, no âmbito dos temas da saúde pública.
- Avaliar e o alcance das metas propostas pelos planos.

A questão que se buscou responder foi avaliar se os programas e metas propostos pelo Plano Plurianual 2008-2011, no âmbito da saúde pública, corroboraram com as diretrizes e metas identificadas pelo plano de longo prazo “Rumos 2015”, contribuindo para o alcance das metas e visão de futuro em busca de um cenário mais promissor para a atenção à saúde da população e para o desenvolvimento social do RS.

4.1 Contexto e processo de realização dos planos

Os planos, Rumos 2015 e o PPA 2008-2011, objeto deste estudo, foram desenvolvidos por processos e contextos diferentes. O Rumos 2015 coordenado pelo Departamento de Estudos Econômicos e Sociais e Planejamento Estratégico, da Secretaria de Coordenação e Planejamento - SCP, contou com o apoio de um consórcio privado, a Consultoria Técnica do Consórcio Booz Allen Hamilton - FIPE – HLC, definido por meio de licitação internacional, e com a participação de mais de 70 técnicos. Contou, ainda, com a participação de diversos órgãos públicos estaduais e com o auxílio de especialistas em logística de transportes e desenvolvimento regional, além de incluir a participação dos

Conselhos Regionais de Desenvolvimento - COREDES e das universidades regionais. O período de elaboração do estudo de longo prazo envolveu o ano de 2005.

O PPA 2008/2011 foi realizado sob a coordenação do Departamento de Planejamento Governamental da Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado, denominações que assumiram, na gestão de governo posterior àquela da realização do Rumos 2015, respectivamente o departamento e o órgão que o haviam coordenado. Sua elaboração ocorreu no período de janeiro a maio de 2007, primeiro ano de gestão daquele governo, e envolveu os setores e atores responsáveis pelo planejamento nos diferentes órgãos da administração do Estado. Elaborado por meio de metodologia que objetivava a sistematização de programas que incluíam as ações a serem desenvolvidas pelos órgãos, cujos produtos propiciariam o alcance das metas e a alteração dos indicadores de saúde pública para uma situação mais favorável.

4.1.1 O estudo de longo prazo Rumos 2015: contexto e processo

Elaborado em 2005, pelo governo do Estado do RS, tratou-se de um conjunto de estudos que contemplou um plano de longo prazo, o “Rumos 2015” assim denominado em alusão ao horizonte de análise.

O estudo, após a análise e o diagnóstico das desigualdades regionais e entraves ao desenvolvimento nos diferentes setores, apontou estratégias, programas e ações que o Estado deveria implementar, tanto através do poder público, quanto da iniciativa privada, nos dez anos seguintes, buscando o desenvolvimento equilibrado dos setores da economia estadual e a superação das desigualdades regionais.

Quanto a sua metodologia, o estudo incorporou novas concepções, emergentes à época, como a sustentabilidade, a globalização da economia, a estabilização econômica do país, e aquela do esgotamento do modelo do Estado investidor, caracterizando-se como um novo paradigma de planejamento que se opunha ao modelo tradicional do planejamento regional ou setorial (RIO GRANDE DO SUL, 2006, p.12 e 13).

O “Rumos 2015” se configurou como um estudo aprofundado da realidade estadual. Um dos seus eixos abordou o ordenamento territorial e o desenvolvimento regional, fornecendo subsídios ao desenvolvimento de políticas públicas e ações de governo,

(RIO GRANDE DO SUL, 2006, p.7), enquanto o outro eixo aborda a Logística de Transportes.

A diretriz maior do “Rumos 2015” foi o planejamento estratégico, ou seja além dos diagnósticos e avaliação da situação do Estado o plano procurou “identificar linhas de ação, programas e projetos capazes de servir de base para a ação concreta dos agentes públicos e privados envolvidos na realidade viva do desenvolvimento do Estado e suas regiões” (RIO GRANDE DO SUL, 2006, p.7) tendo em vista que as disparidades regionais foram identificadas como um dos pontos fracos do desenvolvimento econômico e social do Estado.

À época da realização do plano estratégico “Rumos 2015”, a administração pública executava os programas e ações integrantes do PPA 2004-2007, elaborado em 2003, no primeiro ano de mandato daquele governo. Assim, um maior alinhamento entre as orientações do plano Rumos 2015 e do Plano Plurianual poderia ocorrer a partir do próximo PPA, isto é na próxima gestão de governo.

a) Os Objetivos

Constituíram objetivos do estudo Rumos 2015:

- Diminuição das desigualdades regionais
- Redução das desigualdades sociais
- Combate à pobreza
- Implementação de base logística de suporte ao desenvolvimento regional
- Aumento de competitividade econômica do Estado

No âmbito da infraestrutura do Estado visou detectar quais os gargalos no transporte, quais as obras mais significativas para o setor produtivo, quais as regiões que poderiam ter setores potencializados e qual o melhor aproveitamento para a estrutura existente, à época, para atender ao crescimento da economia gaúcha.

b) Por tratar-se de um estudo tendencial, ao final, tinha por objetivo disponibilizar dois cenários para o Rio Grande do Sul. O primeiro refletiria os efeitos da tendência de desenvolvimento verificada naquele período, e o segundo permitiria visualizar como se constituiria o perfil socioeconômico do Estado a partir da implementação das diretrizes propostas no plano de desenvolvimento de longo prazo.

c) O Processo de elaboração: O plano de trabalho para elaboração do Rumos 2015 foi estruturado em sete etapas a partir do marco inicial que ocorreu em novembro de 2004, momento em que foram definidos e uniformizados os enfoques e escopo do trabalho, mobilizados os atores, ajustado o cronograma, e, simultaneamente, realizada a articulação

com as secretarias de Estado e os demais órgãos e instituições intervenientes para os estudos e levantamentos necessários. As etapas do estudo foram desenvolvidas durante o ano de 2005. (RIO GRANDE DO SUL, 2006, p.24 e 25)

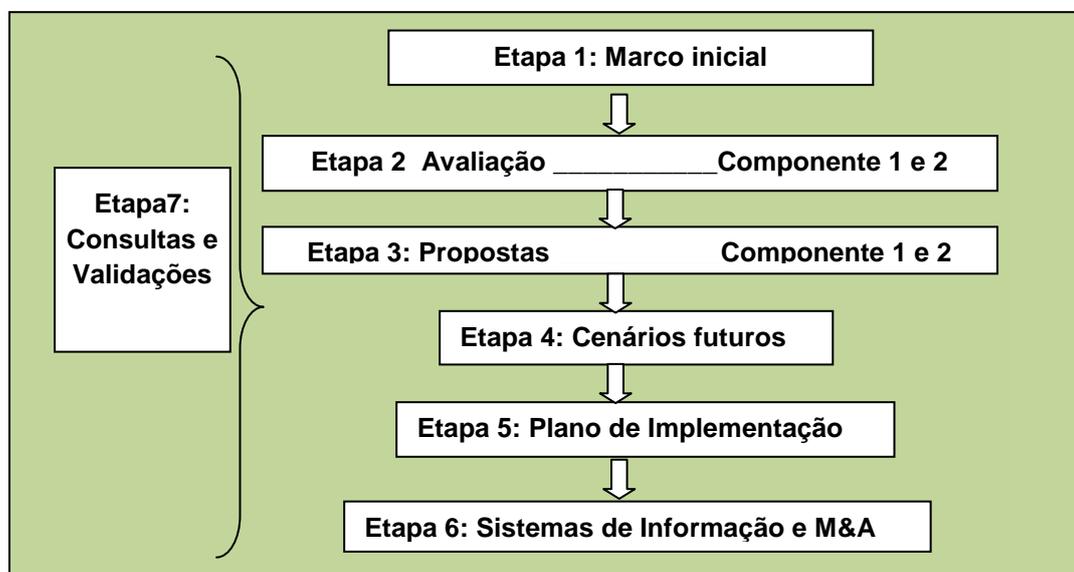


Figura 2: A síntese das etapas do processo de elaboração do Rumos 2015.

Fonte: Adaptado da Base de Dados Booz Allen – Fipe – HLC, (Rio Grande do Sul, 2006, vol. 1, p. 25)

Para apoiar o gerenciamento do projeto, agilizando os processos de trabalho, reduzindo os custos na validação, e armazenando a memória dos relatórios parciais e finais, a SCP estruturou um site, onde se dava a comunicação interna do projeto entre os profissionais estabelecidos em Porto Alegre, São Paulo e demais cidades.

O conteúdo do estudo resultou em 05 volumes impressos, o volume 1 concentrou as informações sobre o “Desafio do Desenvolvimento Regional e Estratégias para o Estado”, os volumes 2 e 3 apresentam os “Perfis, Estratégias e Planos para as Regiões”, os volumes 4 e 5 concentraram-se sobre os aspectos da logística de transportes e do sistema logístico no RS.

4.1.2 O Plano Plurianual 2008/2011: contexto e processo

Em 2007, o novo governo eleito para o Estado no RS elaborou o seu plano plurianual, que vigoraria desde 2008 até o final de 2011. O “PPA 2008-2011”, Lei Nº 12.749, de 20 de julho de 2007, definiu a ação do governo, visando o desenvolvimento

socioeconômico e a diminuição das desigualdades regionais. A concepção dos programas e ações em temas setoriais, ou transversais, foi desenvolvida, de modo integrado, entre as diferentes instâncias executivas da administração pública ou, em articulação com a iniciativa privada, o terceiro setor e demais esferas de governo (SEPLAG, 2011).

Para sua realização foi utilizado o Sistema de Planejamento e Gestão – SISPLAG, no módulo de elaboração do plano plurianual. Esse sistema possibilitou o acompanhamento do processo de elaboração do plano plurianual entre as equipes setoriais e o órgão de planejamento do Estado.

O mesmo sistema foi estruturado para receber periodicamente ao longo da vigência do plano plurianual, as informações dos órgãos setoriais a respeito do desenvolvimento dos programas, através das ações realizadas e produtos obtidos visando o alcance das metas, ao longo do processo, bem como da informação relativa aos indicadores aferidos.

O SISPLAG inclui as versões dos PPAs realizados no RS, desde a versão 2004/2007, sendo possível consultar os programas realizados em cada gestão de governo, desde então. Com relação aos programas da SES observa-se que seu número tem diminuído, comparando-se os três últimos PPAs: 2004/2007, 2008/2011 e o atual 2012/2015, verificam-se respectivamente 22, 09 e 03 programas.

4.2 O Rumos 2015 e as diretrizes para a Saúde Pública

O tema da saúde pública é inserido no contexto do estudo e plano Rumos 2015 sob a ótica do fortalecimento das cidades médias do RS e busca de melhor qualidade de vida através da oferta de serviços públicos para a promoção do desenvolvimento regional.

Na etapa da avaliação do Componente 1, foram realizadas análises regionais com o objetivo de verificar a disponibilidade e oferta dos serviços públicos em cada uma das regiões. Entre essas a oferta em termos de serviços de saúde pública.

O volume 1 do Rumos 2015 aborda “O Desafio do Desenvolvimento Regional e Estratégias para o Estado”, e neste analisa detalhadamente o caráter das regionalizações no RS, desde as governamentais, empresariais e políticas, até os conflitos de governança existentes à época.

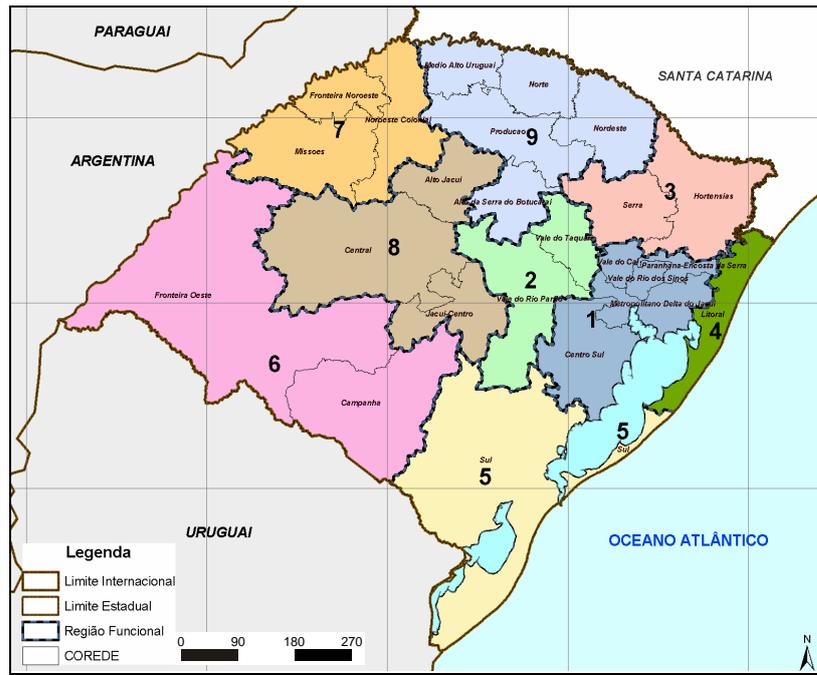


Figura 3: Mapa do RS apresentando as Nove Regiões Funcionais de Planejamento.

Fonte: Rio Grande do Sul, 2006.

Essa análise definiu a proposta de regionalização funcional para fins de planejamento, considerando as regionalizações existentes como pano de fundo, e respeitando a regionalização preexistente dos COREDES, por tratar-se de agregação com histórico e capital social relevante para o Estado (RIO GRANDE DO SUL, vol. 1, p. 146).

A proposta de regionalização funcional elaborada pelo estudo Rumos 2015, apresentada no mapa da Figura 3, definiu as atuais nove Regiões Funcionais – RF, de planejamento no RS. Essa definição deu-se a partir de um sistema multicriterial de avaliação, que considerou e confrontou entre si as informações, especializadas no território, em seis dimensões: a econômica, a capacitação para o planejamento e ação social, inovações, e o capital social e ambiental. Estas dimensões incluíam vários indicadores. Assim, foram identificados 60 pólos regionais pelo Rumos 2015.

A partir do cenário tendencial encontrado à época, para o Brasil e para o RS, foi construída a visão estratégica para o Estado. Esta contemplou um plano contendo programas e projetos, assim como a definição de investimentos nas dimensões consideradas, para cada uma das regiões funcionais. O impacto da distribuição regional dos investimentos tinha uma tendência redistributiva, uma vez que as regiões que detinham as maiores participações do

PIB estadual seriam relativamente menos aquinhoadas pelos investimentos propostos. (RIO GRANDE DO SUL, 2006, p. 402).

O Quadro 2 apresenta as nove regiões funcionais, os COREDES incluídos em cada região e as respectivas cidades pólo ali localizadas.

RF	COREDEs	Cidades
1	Metropolitano Delta do Jacuí	Alvorada; Gravataí; Porto Alegre; Viamão; Cachoeirinha;
	Vale do Caí	Montenegro
	Vale do Rio dos Sinos	Canoas; Novo Hamburgo; São Leopoldo; Sapucaia do Sul
	Paranhana-Encosta da Serra	Taquara; Três Coroas; Igrejinha; Parobé
	Centro-Sul	Camaquã
2	Vale do Taquari	Estrela; Lajeado
	Vale do Rio Pardo	Santa Cruz do Sul
3	Serra	Bento Gonçalves; Caxias do Sul; Farroupilha; Garibaldi; Carlos Barbosa
	Hortênsias	Vacaria
4	Litoral	Osório, Torres, Capão da Canoa, Tramandaí
5	Sul	Pelotas; Rio Grande
6	Fronteira Oeste	Uruguaiana; Alegrete; Itaqui; Santana do Livramento; Rosário do Sul; São Borja
	Campanha	Bagé; Dom Pedrito; Caçapava do Sul
7	Missões	Santo Ângelo; São Luiz Gonzaga
	Fronteira Noroeste	Santa Rosa, Horizontina, Três de Maio
	Noroeste Colonial	Ijuí; Panambi; Três Passos
8	Central	Santa Maria, Júlio de Castilhos; São Francisco de Assis; Santiago
	Alto Jacuí	Cruz Alta
	Jacuí-Centro	Cachoeira do Sul
9	Médio Alto Uruguai	Frederico Westphalen
	Norte	Erechim
	Nordeste	Lagoa Vermelha
	Produção	Carazinho; Passo Fundo; Palmeira das Missões
	Alto Serra do Botucarái	Soledade

Quadro 2 - Pólos a Fortalecer na Rede Urbana de Cidades Médias do RS

Fonte: Rio Grande do Sul, 2006

O volume Síntese do Rumos 2015, apresenta para os dois componentes do estudo, as estratégias para o alcance do desenvolvimento estadual no horizonte previsto, o ano de 2015, as quais são apresentadas parcialmente no anexo A.

Além disso, os critérios selecionados pelo estudo, nas diversas dimensões, buscaram captar três lógicas distintas: a lógica do consumo por bens e serviços, a lógica de produção, e a lógica de mediação governamental.

Entre os critérios selecionados na dimensão do consumo por bens e serviços, foi considerado o consumo por serviços de assistência á saúde. É a partir desse contexto que o

estudo Rumos 2015 analisa e avalia a polarização da oferta em saúde nas regiões do RS e, posteriormente, inclui no seu plano de desenvolvimento regional, as diretrizes consideradas importantes não só para a atenção a saúde como para a promoção do desenvolvimento social mais amplo das regiões do Estado.

Dessa forma na “Dimensão Social” encontra-se a análise da “Polarização de Serviços de Saúde” que mapeia “... os fluxos da origem (local de moradia) e destino (local de atendimento) da população que frequenta unidades de saúde, indicando igualmente a interação entre os centros urbanos na busca desses serviços” (RIO GRANDE DO SUL, vol. 1, p. 152). Essa análise quanto à polarização dos serviços de saúde baseou-se no estudo “Aglomerados de Saúde no Rio Grande do Sul” realizado, em 2002, pelo Ministério da Saúde através da Unicamp/Nesur.

As estratégias, em número de seis, são detalhadas por meio de programas, setoriais e intersetoriais, e estes, por sua vez, detalhados em subprogramas e projetos, onde eram especificados os recursos a serem investidos em três intervalos: 2006/2007, 2008/2011, 2012/2015. Tais intervalos de tempo coincidem com os períodos de vigência dos planos plurianuais, o primeiro considerava os dois últimos anos do PPA vigente, PPA 2004/2007, enquanto os outros ocorreriam em gestões de governo subsequentes.

A Visão Estratégica para o desenvolvimento do Estado, definida através do desenvolvimento regional, continha seis estratégias específicas, as quais permitiam produzir interações entre si, de modo que o alcance de uma estratégia poderia potencializar o alcance dos resultados de outras:

- ▶ Aumento da Competitividade
- ▶ Fortalecimento Urbano-Industrial da Rede de Cidades Médias
- ▶ Conservação do Potencial Ambiental
- ▶ Inclusão Social
- ▶ Estrutura de Governança
- ▶ Planos Regionais para Desenvolvimento e Superação de Desigualdades, pactuados.

(Rio Grande do Sul, 2006, p. 39)

Tendo em vista os objetivos a que se propõe o presente estudo, serão consideradas as estratégias que incluem programas para o setor saúde. São estas respectivamente: Fortalecimento da Rede de Cidades Médias do Rio Grande do Sul e Inclusão Social.

A partir das estratégias, subprogramas e programas propostos verifica-se que havia, à época, uma avaliação de que as carências em termos da assistência à saúde da população, nas cidades médias, refletiam-se não só diretamente nos aspectos da assistência regional

deficitária à saúde da população e, portanto, contribuíam insuficientemente para melhorar a situação de saúde da população nas regiões, mas, também motivavam a emigração da população em direção às cidades da região metropolitana, onde a oferta dos serviços de saúde era mais ampla.

Assim os programas e seus projetos continham propostas importantes para superar os entraves e desafios ao desenvolvimento das regiões do Estado. Entre esses desafios está a concentração de serviços na Rede Urbana no eixo Porto Alegre – Caxias do Sul, o que produzia um intenso movimento imigratório de outras cidades, repercutindo no esvaziamento de regiões do Estado.

O fortalecimento da rede de cidades médias por medidas tais como apoio à industrialização, capacitação social, localização de serviços de apoio à logística, padrões urbanos adequados e ampliação do acesso à internet, entre outras, poderão, a médio e longo prazo, torná-las atrativas a atividades econômicas e destino das populações migrantes, redistribuindo, com menor desigualdade, os benefícios socioeconômicos pelo espaço gaúcho. (Booz Allen – FIPE – HLC, Rio Grande do Sul, 2006, p. 36)

A oferta de serviços de saúde tinha importância não só pela ampliação do atendimento em saúde, mas por contribuir para a própria fixação da população nas regiões ampliando o número de postos de trabalho diretos no setor saúde, os quais promoveriam a geração e incremento da renda da população nos municípios. As Tabelas, a seguir apresentadas, informam as metas para a saúde no RS, de acordo com o Rumos 2015.

Tabela 3: Leitos hospitalares nas Regiões Funcionais- metas/período

RF	2007	2011	2015	Total
1	2.450	4.140	4.155	10.745
2	278	509	515	1.302
3	268	465	473	1.206
4	246	445	454	1.145
5	319	563	556	1.438
6	123	225	218	566
7	104	180	176	460
8	144	252	241	637
9	25	-	-	25
Total	3.957	6.779	6.788	17.524

Fonte: Rio Grande do Sul, 2006

a) Os leitos hospitalares por Região Funcional por período de investimento – meta: atingir o coeficiente de 4,5 leitos por mil habitantes, recomendado pela Organização Mundial da Saúde – OMS, são apresentados na Tabela 3.

Tabela 4 - Empregos de Médicos

RF	2007	2011	2015	Total
1	276	435	441	1.152
2	71	110	109	290
3	18	23	24	65
4	54	86	91	231
5	-	-	-	-
6	81	127	118	326
7	123	87	96	306
8	18	32	30	80
9	62	107	102	271
Total	703	1.007	1.011	2.721

Fonte: Rio Grande do Sul, 2006

Tabela 5 - Empregos de Enfermeiros

RF	2007	2011	2015	Total
1	379	379	487	1.245
2	95	94	121	310
3	40	41	52	133
4	41	43	55	139
5	-	-	-	-
6	136	136	170	442
7	39	37	46	122
8	16	16	21	53
9	76	74	94	244
Total	822	820	1.046	2.688

Fonte: Rio Grande do Sul, 2006

- b) Demanda de empregos de Médicos – meta: atingir o coeficiente de 10,3 empregos Médicos por 10 mil habitantes, em média no RS.
- c) Expansão do Programa Saúde da Família - Meta: Aumentar o número de equipes do Programa Saúde da Família de maneira a atingir 50% da população em 2007; 70% em 2011; 80% em 2015, conforme parâmetros da Secretaria Estadual da Saúde. Distribuídos por RF conforme a Tabela 6.

Tabela 6 - Expansão do Programa Saúde da Família - metas/RF

RF	2007	2011	2015	Total
1	267	385	774	1.426
2	100	136	189	425
3	109	133	259	501
4	26	40	70	136
5	99	115	210	424
6	74	79	185	338
7	106	111	172	389
8	87	106	192	385
9	-	-	16	16
Total	868	1.105	2.067	4.040

Fonte: Rio Grande do Sul, 2006

A estimativa dos recursos financeiros necessários à implementação das propostas para o setor saúde, apresentadas pelo Rumos 2015, resultou do levantamento das necessidades regionais, conforme as carências das diferentes regiões, apresentados nas tabelas anteriores.

A partir das informações sobre os recursos financeiros faz-se possível comparar o orçamento estimado no Plano Rumos 2015 para as ações verificadas como essenciais ao setor saúde, enquanto serviço público, com o orçamento do PPA 2008-2011, nos programas e ações que se relacionam com o alcance das metas previstas no plano de longo prazo.

Os recursos necessários para implementar os programas, subprogramas e projetos relacionados diretamente ao setor saúde, são detalhados na Tabela 7 que apresenta os dados

financeiros a serem aplicados para os períodos futuros, coincidentes aos ciclos dos planos plurianuais, e tendo por horizonte o ano de 2015.

Tabela 7- Estratégias, programas, projetos, e estimativas de recursos para a Saúde

Estratégia	Programa	Sub-Programa	Projeto	2006/2007	2008/2011	2012/2015	Total
Fortalecimento da Rede de Cidades Médias do Rio Grande do Sul	1 Capacitação Social urbana	2. Melhoria no Atendimento à Saúde	1.Incremento de Leitos	21.136	123.218	231.145	375.499
			2. Expansão do Programa Saúde da Família	22.464	81.216	24.480	128.160
Inclusão Social	2. Melhoria do Atendimento em Saúde		1. Construção de leitos hospitalares	-	-	-	-
			2. Ampliação de empregos Médicos	50.603	144.972	145.548	341.123
			3. Ampliação de Empregos de Enfermeiros	46.020	91.817	117.123	254.960
			Expansão do Programa Saúde da Família	41.664	106.080	198.432	346.176
Total				181.887	547.303	716.728	1.445.918

(R\$ Mil)

Fonte: Adaptado de RIO GRANDE DO SUL, 2006.

4.3 O Plano Plurianual 2008/2011 e as metas para a Saúde Pública no RS

O PPA 2008-2011 foi organizado a partir de “... três eixos de ação - Desenvolvimento Econômico Sustentável; Desenvolvimento Social e Finanças e Gestão Pública” cujas diretrizes foram desdobradas em um conjunto de estratégias e estas em programas e ações. As diretrizes deveriam ser “consistentes com os desafios e com as potencialidades do Estado, sem perder de vista as reais limitações impostas no curto prazo ao seu financiamento” (Rio Grande do Sul, 2007, p.14).

Para a elaboração das estratégias a Mensagem do PPA (Rio Grande do Sul, 2007, p 14), enviada à Assembléia Legislativa em 2007, cita que haviam sido consideradas as iniciativas anteriores de planejamento para o RS, entre as quais, a mais recente, o estudo Rumos 2015. Os esforços governamentais deveriam descentralizar a distribuição dos serviços, das cidades pólos onde havia excesso de oferta, para as cidades menores, reforçando o atendimento de saúde básica e de baixa complexidade.

Entre as “Diretrizes Estratégicas do Estado” apresentadas no PPA 2008/2011, que “... orientaram a elaboração do conjunto de programas e ações finalísticos e de gestão de Estado” (RIO GRANDE DO SUL, 2007, p.60) Figuram as básicas para o setor saúde. As quais consistiram em três estratégias: 1- Orientar e ampliar o acesso ao sistema de saúde pública por intermédio do Programa de Saúde da Família – PSF. 2 - Focalizar o atendimento integral de saúde nos primeiros anos de vida e na terceira idade. 3 - Ampliar a capacidade e a regionalização da prestação de serviços de saúde especializada. Tais estratégias relativas à Saúde Pública no RS são a seguir detalhadas:

A) Orientar e ampliar o acesso ao sistema de saúde pública por intermédio do Programa de Saúde da Família – PSF

A estratégia visava priorizar o PSF e aprimorar a assistência primária buscando a redução das internações hospitalares. O papel da SES/RS na implementação do PSF tinha por foco: a valorização das equipes técnicas e, a implantação da Estratégia de Saúde da Família - ESF. A implantação da ESF, visava à mudança de paradigma do modelo de atenção, esse deveria estar voltado para a vinculação do usuário aos serviços de saúde em todos os ciclos da vida, o que incluiria a necessária ampliação da cobertura populacional pelas equipes do programa.

E, buscava, ainda, a integração das políticas setoriais, a centralização do cuidado no indivíduo e na família, a qualificação dos recursos humanos do setor saúde e a implementação de políticas intersetoriais para o desenvolvimento global das famílias e comunidades.

B) Focalizar o atendimento integral de saúde nos primeiros anos de vida e na terceira idade.

Conforme expresso no texto da mensagem do PPA 2008/2011:

O Governo do Estado priorizará os dois extremos da pirâmide etária da população no atendimento integral de saúde. De um lado, as pessoas que estão nos primeiros anos de vida com o objetivo de reduzir a padrões internacionais os índices de mortalidade infantil e propiciar o desenvolvimento saudável da população gaúcha. De outro lado, será também foco da atenção da estrutura de saúde do Estado, a população idosa, tendo em vista a evolução da expectativa de vida e a existência de doenças crônico-degenerativas como principais causas de mortes no Rio Grande do Sul. [...] a política voltada para Primeira Infância revela o compromisso do Governo do Estado com o período mais importante para o desenvolvimento infantil [...] O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) está projetado para orientar diretamente 100 mil famílias nos próximos anos, por meio de 4 mil visitantes, em 64% dos municípios gaúchos. (Rio Grande do Sul, 2007, p. 77, 78)

C) Ampliar a capacidade e a regionalização da prestação de serviços de saúde especializada.

De acordo com o texto da mensagem do PPA, a regionalização da assistência à saúde seria uma prioridade de governo:

A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e o Governo do Estado a tratará como prioridade, com descentralização da gestão para os municípios, conforme estipula a Lei Orgânica da Saúde, e do atendimento ambulatorial e hospitalar, fortalecendo as Unidades Ambulatoriais e Hospitalares integrantes dos Pólos Regionais. (Rio Grande do Sul, 2007, p. 77, 78)

O PPA 2008/2011 da Secretaria de Estado da Saúde – SES/RS envolveu nove programas, que representaram o desdobramento das estratégias para o setor. Entre esses programas dois eram do tipo gestão de políticas públicas - Gestão e Financiamento do SUS e Pesquisa e Educação em Saúde – e sete programas eram finalísticos:

- 1- Assistência em Média e Alta Complexidade no Sistema de Saúde,
- 2- Assistência Farmacêutica,
- 3- Atenção Integral à Saúde,
- 4- Gestão e financiamento do SUS
- 5- Implementação da Vigilância em Saúde,
- 6- Programa Estadual de Prevenção da Violência,
- 7- Programa Primeira Infância Melhor,
- 8- Segurança Transfusional e Qualidade de Sangue

O detalhamento integral desses programas, o conjunto das ações e respectivos produtos e metas e, os indicadores esperados para o período, conforme incluídos na Lei 12.749 do PPA 2008/2011, encontram-se no Anexo B.

A Tabela 8 apresenta a dotação inicial e o valor final liquidado para cada um desses programas. Observa-se que o maior volume de recursos incidiu sobre o programa “Gestão e

Financiamento do SUS”, o qual dá cumprimento às normas operacionais do Sistema Único de Saúde descentralizando as ações e efetivando a gestão tripartite, que envolve a União, o Estado e os municípios.

Tabela 8 – Dados Financeiros- Programas finalísticos do PPA 2008/2011- SES/RS

Programa Finalístico	Dotação	Liquidado
Assistência em Média e Alta Complexidade no Sistema de Saúde	236.272.731,20	308.862.651,13
Assistência Farmacêutica	113.178.485,00	89.088.777,52
Atenção Integral à Saúde	120.349.547,09	101.305.208,32
Gestão e Financiamento do SUS	1.299.056.023,00	1.020.400.928,24
Implementação da Vigilância em Saúde	25.158.140,00	14.806.826,78
Pesquisa e Educação em Saúde	8.770.000,00	7.325.673,61
Programa Estadual de Prevenção da Violência	18.800.000,00	11.212.905,33
Programa Primeira Infância Melhor	15.263.527,00	16.596.640,99

Fonte: Sistema de Planejamento e Gestão – SISPLAG-Mar/2012 – SEPLAG/RS

De acordo com o contexto desse trabalho, buscou-se conhecer as estratégias propostas pelo estudo Rumos 2015 e os programas do PPA 2008/2011, com o objetivo de verificar a correspondência, entre as estratégias definidas para o setor saúde pelo Rumos 2015, e os objetivos do PPA 2008/2011, de modo a avaliar a compatibilidade, continuidade e o alcance das metas previstas.

Nessa avaliação foram considerados os programas, através dos indicadores, ações e metas, relacionados diretamente ao alcance das diretrizes definidas pelo estudo de longo prazo os quais foram incluídos nos programas:

1. Programa de Assistência em Média e Alta Complexidade no Sistema de Saúde.
2. Programa de Atenção Integral à Saúde.

A análise considerou tanto as metas planejadas como os resultados alcançados pelas ações dos programas ao final do período do plano plurianual.

Tais resultados constam do “Relatório de Avaliação do PPA 2008/2011” encaminhado em maio de 2012 para a Assembléia Legislativa, e publicado no Diário Oficial do Estado, conforme previsto na lei constitucional e explicitado no seu texto de apresentação:

[...] elaborado dando cumprimento ao disposto no artigo 12, da Lei Complementar nº 10.336, de 28/12/1994, com redação dada pela Lei complementar nº 11.180, de 26/06/1998. As planilhas que integram este documento apresentam a evolução dos indicadores dos programas e das metas físicas e financeiras das ações no exercício de 2011 e nos três primeiros anos do período de vigência do PPA 2008-2011. (Rio Grande do Sul, 2012)

Como a gestão do governo, à época, priorizou quanto ao orçamento do Estado, sobretudo, o ajuste fiscal e o alcance do equilíbrio entre receita e despesa, como estratégia para o desenvolvimento, faz-se necessário detalhar os programas e ações incluídos no plano plurianual da SES/RS para avaliar se promoveram o alcance das estratégias de desenvolvimento regional, definidas para a saúde pública, pelo Rumos 2015.

Dessa forma, faz-se importante verificar, ao final da vigência do PPA 2008/2011, o alcance dos programas da SES/RS, com relação às metas definidas para os resultados dos indicadores de saúde e para as ações a serem desenvolvidas no período. A seguir são analisados, atendendo ao âmbito do interesse dessa pesquisa, os resultados desses programas, verificados através das informações do relatório de avaliação do PPA 2008/2011.

4.3.1 O Programa de Assistência em Média e Alta Complexidade no Sistema de Saúde e o alcance das diretrizes propostas pelo Rumos 2015

O Programa “Assistência em Média e alta Complexidade no Sistema de Saúde” tinha como justificativa:

[...] a necessidade de redefinição de diretrizes estruturais para a construção de novos modelos de atenção à saúde, a partir de métodos e instrumentos de planejamento, regulação, controle, avaliação e auditoria do Sistema, bem como, do desenvolvimento de capacidades de gerência e de gestão, na busca da qualidade da assistência. As Regiões de Saúde deverão ter suficiência de serviços assistenciais de média e alta complexidade, como referência à atenção básica, oferecendo o acesso hierarquizado a serviços hospitalares e ambulatoriais, regulados pelo sistema público, visando solucionar a concentração de serviços na Capital e nas cidades de maior porte populacional. As Unidades conveniadas e contratadas ao

SUS (privadas ou filantrópicas) no Estado deverão ter seus contratos regularizados. (Rio Grande do Sul, 2007)

O programa, entre outros objetivos buscava conformar as Redes Regionalizadas e hierarquizadas de serviços para atenção à saúde e as Redes da Regulação da Assistência, que seriam a porta de entrada do sistema público, para facilitar o acesso da população aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Visava promover a suficiência das Regiões de Saúde em serviços assistenciais de média e alta complexidade, para solucionar a concentração de serviços na capital e nas cidades de maior porte, o que vinha ao encontro das propostas do Rumos 2015. Sua meta era investir em unidades pólo de atendimento para fortalecer a atenção secundária. Tais objetivos, incluídos no PPA 2008/2011 do setor saúde, no RS, são compatíveis com as estratégias propostas pelo Rumos 2015. Mas, faz-se necessário avaliar se os resultados alcançados satisfizeram as metas propostas.

A seguir são apresentados os dados do “Programa Assistência em Média e Alta Complexidade no Sistema de Saúde”, que são pertinentes ao contexto da análise a que se propõe este trabalho, tais dados encontram-se nas Tabelas selecionadas no Relatório de Avaliação do PPA 2008/2011, enviado para Assembleia Legislativa em maio de 2012. A Tabela 9 inclui os indicadores relacionados ao programa, apresentando seu valor inicial em 2007, quando da realização da proposta do PPA, e seu valor final, em 2011.

Tabela 9 - Indicadores do programa Assistência em Alta e Média Complexidade

Indicador	Unidade de Medida	Valor Inicial	Valor Esperado	Valor Apurado*
Índice de contratualização de unidades conveniadas e contratadas pelo SUS	Percentual	17	100	87
Nº de Centrais de Regulação Assistencial implantadas	Central de Regulação	1	7	1
Nº de municípios com adesão ao Programa de Urgência e Emergência	Município	30	54	71
Nº de Redes Assistenciais implantadas	Rede	6	17	20
Nº de transplantes realizados	Transplante	1.344	1.547	1.708
Nº de Unidades de Atenção ao Portador de Deficiências habilitadas	Unidade	36	55	80

Fonte: Adaptado de Rio Grande do Sul, 2012

(*valores apurados em 04/2012)

Entre os indicadores do programa de Assistência em Média e Alta Complexidade, apresentados na Tabela 9, os quais têm relação direta com a organização e oferta de serviços de saúde e demonstram um resultado superior ao esperado, estão os que seguem:

- N° de municípios com adesão ao Programa de Urgência e Emergência;
- N° de Redes Assistências implantadas;
- N° de Unidades de Atenção ao Portador de Deficiências habilitadas;

Verifica-se, entretanto, que outros indicadores não atingiram o resultado esperado, entre esses:

- Índice de contratualização de Unidades Assistenciais contratadas e conveniadas pelo SUS, cuja meta era atingir o percentual 100% e limitou-se a 87%.
- N° de Centrais de Regulação Implantadas, cuja meta era implantar sete centrais no RS e limitou-se à implantação de uma central de regulação.

Os resultados atingidos pelos indicadores refletem o resultado das ações. De acordo com a Tabela 10, relativamente às ações que atingiram ou superaram seus produtos está a “Estruturação da Rede de Urgência e Emergência”. Em 2007 o RS contava com 24 bases de Atendimento do Salvar-SAMU implantadas, a proposta era atingir 71 bases até 2011, mas, o total implantado foi de 176 de bases, superando a meta prevista. Esse incremento quanto às metas foi resultante da ênfase conferida no período, pelo órgão federal, às unidades da federação, à implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências².

A Política de Regionalização da Saúde no país iniciou sua estruturação a partir de 1996. Entretanto, sua implementação vem ocorrendo de forma progressiva até os dias de hoje. Nesse processo se insere a organização da assistência por meio de redes articuladas e resolutivas de serviços, as centrais de regulação, os consórcios municipais e, os planos de regionalização formulados pelas secretarias de saúde nos Estados.

As ações “Regionalização da Saúde” e “Regulação Assistencial Implantada” previam, respectivamente, a implantação de sete Centrais de Regulação, e sete Unidades de Regulação, entretanto, foram implantadas apenas duas centrais e apenas uma Unidade de Regulação, até 2011, embora os recursos dispendidos na ação Regionalização da Saúde tenham sido superiores aos previstos, conforme demonstra a Tabela 10.

² Política instituída no Brasil, em 2001, através da Portaria nº 737/GM/MS

E a ação “Recuperação e manutenção dos Hospitais de Pequeno Porte”, incluída no PPA 2008/2011 por meio de Emenda Parlamentar, sem meta física definida para o número de estabelecimentos a serem recuperados ou mantidos, mas, com meta financeira prevista para sua realização, não foi implementada.

Tabela 10 - Ações do Programa Assistência em Alta e Média Complexidade

Ação: Estruturação da Rede de Atendimento de Urgência/Emergência		
	Previsto 2008-2011	Realizado Acumulado*
Financeiro - R\$	83.500.000,00	20.253.832,08
Produto		
	Previsto 2008-2011	Realizado Acumulado*
Base de Atendimento do Salvar-SAMU implantada	24 unidades	176 unidades
Ação: Recuperação e manutenção dos hospitais de pequeno porte		
		(a ação não prevê produtos)
	Previsto 2008-2011	Realizado Acumulado*
Financeiro - R\$	15.000.000,00	0
Ação: Regionalização da Saúde		
	Previsto 2008-2011	Realizado Acumulado*
Financeiro - R\$	68.300.000,00	513.009.700,35
Produto		
	Previsto 2008-2011	Realizado Acumulado*
Central de Regulação Assistencial Implantada	7	2
Rede Assistencial implantada	11	1

Fonte: Adaptado de Rio Grande do Sul, 2012 (*valores acumulados apurados em 04/2012)

O indicador “Percentual de construção da obra do Hospital Regional e Unidade de Reabilitação”, e o produto da ação correspondente, conforme se observa nas Tabela 11, demonstram que a meta não foi atingida.

Verifica-se que embora os indicadores de produção em serviços de saúde relativos à ação “Assistência Complementar”, do mesmo programa, tenham alcançado um resultado superior ao esperado, o produto relacionado à “Implantação de Unidades de Atenção à Pessoa com Deficiência” ficou aquém da meta definida no PPA.

Tabela 11: As Ações Assistência Complementar e Construção do Hospital Regional

AÇÃO: Assistência Complementar		
Financeiro - R\$	Previsto 2008-2011	Realizado acumulado*
	150.500.000,00	101.838.266,74
AÇÃO: Construção do Hospital Regional e Unidade de Reabilitação		
Financeiro - R\$	Previsto 2008-2011	Realizado acumulado*
	77.481.967,00	0
Produto	Previsto 2008-2011	Realizado acumulado*
Unidade de atenção à saúde da pessoa com deficiência implantada	193 unidades	156 unidades
AÇÃO: Construção do Hospital Regional e Unidade de Reabilitação		
Financeiro - R\$	Previsto 2008-2011	Realizado acumulado*
	77.481.967,00	0
Produto	Previsto 2008-2011	Realizado acumulado*
Bloco C do Hospital construído	100	61

Fonte: Adaptado de Rio Grande do Sul, 2012 (* valores acumulados apurados em 04/2012)

A partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001, os Estados e municípios receberam maior autonomia para a gestão da assistência. Nesse contexto, foi elaborado para o RS, em 2002, o Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR.

Para a avaliação da evolução da situação da Assistência em Saúde com relação ao número total de leitos hospitalares no RS, dados de diferentes fontes permitiram verificar qual a situação para esse indicador.

Tais informações e dados provêm de fontes que incluem o Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR, realizado em 2002, pela gestão da SES/RS, os dados do DATASUS/MS, divulgados, em 2008, através do Atlas Sócioeconômico da SEPLAG/RS, e, ainda, os números atuais do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - CNES/MS, publicados no site do Ministério da Saúde.

Tabela 12: Proporção de leitos/mil habitantes-Macrorregiões da Saúde-2002

Macrorregião	População 2001	Cirurgico	Obstétrico	Clinico	FPT	Psiquiatria	Tisiologia	Pediatria	Reabilitação Hosp Dia	Total	Leitos SUS/ 1000 hab
Centro-sul	1.090.478	328	310	895	40	76	2	489	0 0	2.140	1,96
Serra	950.772	256	220	682	6	396	0	305	0 0	1.865	1,96
Vales	880.620	298	296	1029	36	38	0	414	0 0	2.111	2,4
Metropolitana	4.395.359	2.298	1.019	3.133	99	697	47	1.509	0 50	8.852	2
Missioneira	890.798	391	365	1.153	39	56	8	580	2 0	2.594	2,91
Norte	1.095.182	601	506	1.533	53	97	0	803	0 0	3.593	3,28
Sul	1.006.610	416	320	1.140	28	510	18	428	0 30	2.890	2,87
Total	10.309.819	4588	3036	9565	301	1870	75	4528	2 80	24.045	2,33

Fonte: Cadastro SIH/SUS abril/2002 e IBGE 2001

No PDR de 2002 da SES foi realizado levantamento dos leitos hospitalares/mil habitantes nas macrorregiões de saúde. Os resultados, apresentados na Tabela 12 informam que nenhuma das macrorregiões atende aos critérios da OMS, identificados pelo Rumos 2015.

A rede hospitalar instalada no Rio Grande do Sul apresentou pequena variação no quantitativo de leitos/hospitais entre 1998 e 2001. Em março de 2002, através da Portaria N°263 da Secretaria de Assistência à Saúde, foram excluídos 22 hospitais que não apresentaram produção de internação hospitalar nos últimos 6 meses. (PDR – SES/RS, 2002, p. 34)

Em 2008, a SEPLAG/RS incluiu no Atlas Sócioeconômico, publicado no seu sítio eletrônico, a especialização dos dados sobre leitos hospitalares no RS, obtidos do Datasus. Na Figura 4 os dados apresentados no mapa informam o número de leitos hospitalares proporcionais à população (leitos/mil habitantes), nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS.

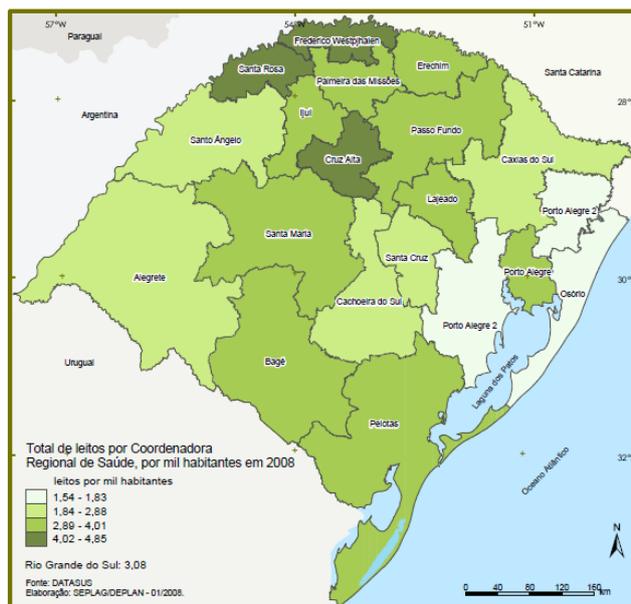


Figura 4: Total de leitos por mil habitantes nas Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS
Fonte: Datasus elaborado pela SEPLAG-2008 (Inclui leitos SUS e não SUS)

Na Figura 4 verifica-se que, em 2008, apenas três CRS - Santa Rosa, Frederico Westfalen e Cruz Alta, apresentavam uma proporção satisfatória de leitos hospitalares segundo o critério da OMS. Por outro lado, as CRS próximas à Porto Alegre, 2ª CRS (com sede em Porto Alegre, indicada no mapa como Porto Alegre 2) e 3ª CRS (com sede em Osório), apresentavam muito baixa proporção de leitos por mil habitantes, o que evidenciava a dependência por leitos da região metropolitana para atendimento da população dessas regiões. Sobretudo, considerando que nessas regionais de saúde, grande parte dos municípios possui significativa população flutuante, no período do verão, que aumenta a demanda por assistência à saúde e por leitos.

Posteriormente, entre 2002 e 2008, embora o número absoluto de leitos tenha se mantido estável, em função do aumento da população, o número médio de leitos por mil habitantes diminuiu.

A Figura 5 apresenta o gráfico da evolução do número absoluto de leitos no RS, número total e número de leitos cadastrados no SUS, no período entre 1998 e 2008. No gráfico é possível observar-se que a média de leitos do SUS/mil habitantes diminuiu ao longo do período. O que decorre da diminuição, entre 1998 e 2002, do número absoluto de leitos, conforme a própria informação do PDR da SES/RS:

Simultaneamente, no período, o foco da atenção era para a organização da gestão e operacionalização do SUS que definiu a criação de “sete macrorregiões de atenção integral à

saúde”, cujo objetivo era “... garantir aos gaúchos, usuários do SUS, uma nova organização para as ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar” (PDR – SES/RS, 2002, p. 34). Informa ainda o PDR:

Nessas macrorregiões foram identificados *hospitais de referência macrorregional*, capazes de atender aos casos mais complexos, *hospitais de referência regional* e *hospitais de referência microrregional*, além de unidades locais de saúde que deverão ser estruturadas a partir da transformação de pequenos hospitais, não resolutiveiros, em unidades mistas com atendimento principalmente ambulatorial e com internações curtas e de baixa complexidade. Essa regionalização também está sendo montada em relação ao atendimento ambulatorial, mediante a consolidação de *centros de referência e de especialidades*. Esse formato proposto para as macrorregiões, assentado na proposta de eficácia regional em todos os níveis de atenção, vem orientando não somente a pactuação regional de fluxos para a atenção à saúde, como, também, a aplicação dos recursos financeiros investidos a partir de critérios técnicos, o que aumenta, significativamente, a efetividade do financiamento. (PDR – SES/RS, 2002, p. 18)

Entretanto, conforme foi possível verificar, até o final do PPA 2008/2011, as ações “Regionalização da Saúde” e “Regulação Assistencial Implantada” não atingiram suas metas, quanto à implantação de sete Centrais de Regulação, e sete Unidades de Regulação, estando, atualmente, implantadas apenas duas centrais e uma unidade de regulação.

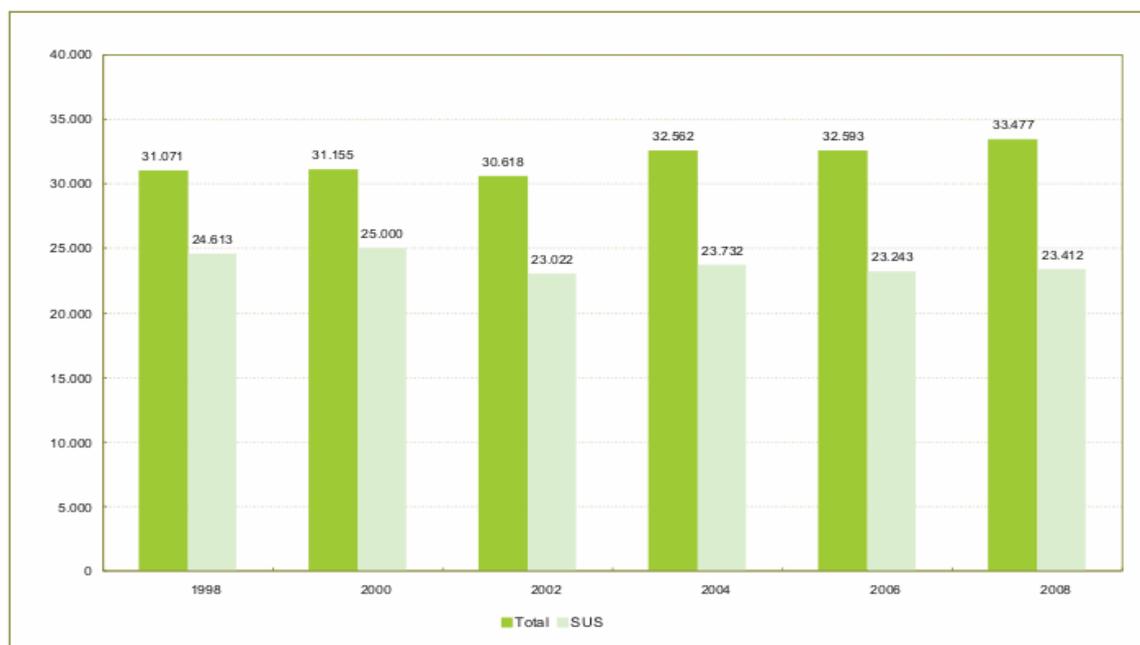


Figura 5 - Total de leitos e leitos cadastrados pelo SUS no RS entre 1998 a 2008

Fonte: DATASUS * Dados de 01/2009 – Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul.

Em 2012, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, do Datasus, informa o número de 30.635 para o total de leitos no RS. Desse total, 21.040 são leitos SUS.

Considerando os dados de população do Censo de 2000 e do último censo do IBGE, verificou-se que a média atual da proporção de leitos, SUS e não SUS por mil habitantes, no RS, é de 2,83 leitos/1000 hab. Em 2002 a média era de 3,0/1000 hab. Verifica-se, portanto, que no intervalo de dez anos - período 2002 / 2012, houve um decréscimo do número de leitos no RS.

Tabela 13 – Evolução do Número de leitos hospitalares no RS

Ano	1998	2002	2008	2012
Nº de leitos SUS	24.313	23.022	23.412	21.040
Nº de leitos total	31.071	30.618	33.477	30.635
Nº total leitos /mil hab.	-	3,0	-	2,8
Nº leitos SUS /mil hab.	-	2,3	-	1,9

Fonte: Ministério da Saúde CNES - Datasus

A Tabela 13 apresenta a evolução do número de leitos hospitalares totais e do SUS no RS no período de 1998 até 2012. A análise da proporção do número de leitos por mil habitantes considerou dois momentos: logo após os Censos do IBGE, 2002 e 2012. Verifica-se que houve variação negativa do número de leitos ao longo do período, mantendo uma relação de leitos/1000 hab. abaixo da média prevista pela OMS.

A partir da NOA-SUS³ 01/2001 a prioridade da SES/RS passou a ser a implementação das resoluções federais, que foram implementadas no RS através do PDR. Entre as quais, a implantação do Programa Saúde da Família – PSF passou a ser um novo paradigma para a assistência na Atenção Básica do SUS, caracterizando-se, entre outros elementos, pela busca ativa realizada junto à população adscrita à base territorial da equipe do PSF.

No que diz respeito aos postos de médicos e de enfermeiros a contratação desses profissionais passou a ser de responsabilidade dos municípios. O que resultou, à época, que profissionais, do setor saúde do Estado, fossem descentralizados para os municípios.

³ Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde

Quanto à elevação do número de médicos, os dados do CNES relacionados aos anos 2005 e 2011, informam que o número atingido aproximou-se das metas definidas pelo Rumos 2015, pois houve um incremento de 1644 médicos atendendo o SUS, nas diferentes especialidades médicas, no RS, enquanto o número previsto pelo plano Rumos 2015, para o período 2005/2011, era de 1710 médicos. Entretanto, dado o pequeno aumento da população no Estado, de acordo com o censo de 2010, a proporção de médicos é de 13,6 por 10.000/habitantes, superando a prevista pelo Rumos 2015.

Quanto ao número previsto de enfermeiros o CNES informa que em 2005 havia 5.539 enfermeiros no RS, enquanto em 2011, o número de enfermeiros ligados ao SUS era de 6.904 profissionais. O incremento definido, pelo Rumos 2015, entre 2005 e 2011, foi de 1.642 profissionais para essa categoria. Entretanto, o crescimento de empregos de enfermeiros no RS foi de 1.365 profissionais, número menor do que a meta definida. Observa-se que a meta quanto ao número de enfermeiros: 5,6/10 mil habitantes, em 2011, foi definida considerando que os profissionais de nível médio, técnicos de enfermagem, contribuiriam para tornar satisfatória a assistência à população. A proporção atual, considerando a população definida pelo censo de 2010, é de 6,45 enfermeiros/10.000 habitantes.

4.3.2 O Programa Atenção Integral à Saúde e o alcance das diretrizes propostas pelo Rumos 2015

O “Programa Atenção Integral à Saúde” cujo “... modelo de atenção deve estar voltado à vinculação do usuário aos serviços [...] em todos os ciclos de vida, buscando a integração de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde [...] por meio de serviços de saúde que integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como eixo estruturante a Atenção Básica.” (Rio Grande do Sul, 2007), cujos objetivos seriam atingidos pela ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, e qualificação dos recursos humanos do setor saúde para o desenvolvimento das políticas setoriais.

Com relação à Ação Estratégia da Saúde da Família, verifica-se, na Tabela 14, que as metas foram atingidas apenas com relação ao número de Equipes de Saúde Indígena, e, que o número de equipes de Saúde da Família em atividade no Estado, no período, correspondeu

a 60% do total planejado. Não tendo aumentado em relação ao número de equipes existentes em 2007.

Tabela 14 - A Ação Estratégia Saúde da Família

FINANCEIRO - R\$	Previsto 2008 - 2011		Realizado Acumulado*	
	205.000.000,00		269.224.975,83	
Produto	Unidade de Medida	Previsto 2008 - 2011	Realizado 2011	Realizado Acumulado*
Equipe de agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantada	Equipe	141.559	8.296	8.296
Equipe de Saúde Bucal implantada	Equipe	2.052,000	690.000	690.000
Equipe de Saúde Bucal Indígena implantada	Equipe	22.000	16.000	16.000
Equipe de Saúde da Família implantada	Equipe	2.052	1.232	1.232
Equipe de Saúde Indígena implantada	Equipe	22.000	22.000	22.000
Equipe de Saúde Prisional implantada	Equipe	36.000	4.000	4.000

Fonte: Rio Grande do Sul, 2012. Adaptado de Relatório de Avaliação do PPA 2008/2011 (*Apurado 04/2012)

Pesquisa realizada tendo por objetivo a avaliação econômica de projetos sociais (HOFFMANN et al, 2012), ao buscar identificar os resultados do programa Estratégia Saúde da Família - ESF (antigo PSF) no RS, verificou a grande variação na cobertura do programa nos municípios do Estado, entre 2001 e 2011. O gráfico apresentado na Figura 6 informa o percentual de municípios e os respectivos percentuais de cobertura da população pelo programa ESF nos anos entre 2001 e 2011.

Enquanto em 2001, 80% dos municípios apresentavam cobertura de 83% da população pelo PSF, em 2011 aproximadamente 50% dos municípios tinham 56% de cobertura da população assistidas pelo PSF. O que revela a descontinuidade na adesão ao programa pelas gestões municipais, o que poderia estar relacionado, entre outros motivos, ao cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

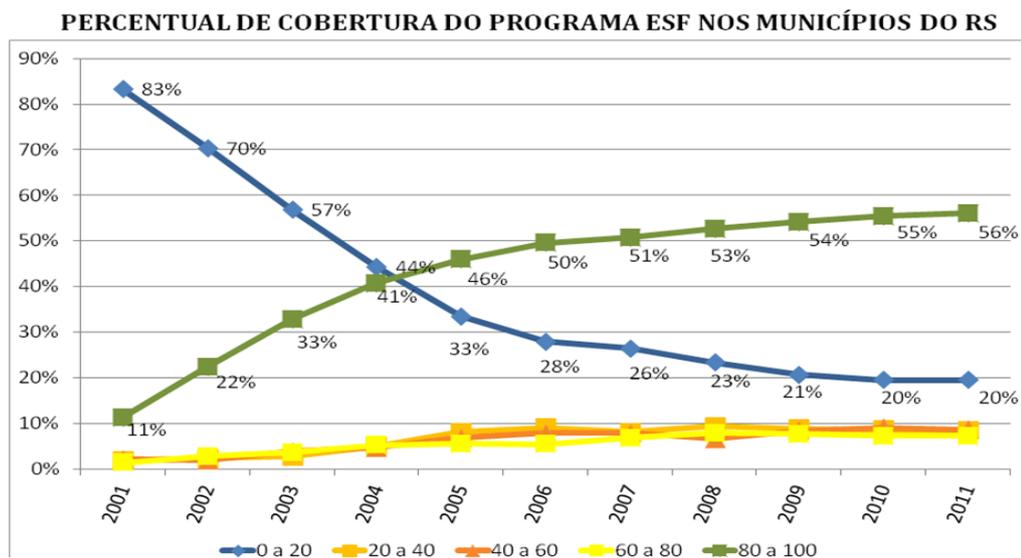


Figura 6: Cobertura do programa ESF no RS período 2001 a 2011
 Fonte: Hoffmann et Al, 2012

A Tabela 15 informa as metas para os indicadores de saúde desse programa, e os resultados atingidos no período 2008/2011⁴. Verifica-se que a proporção da população com cobertura pela ESF permaneceu inalterada, mas o número médio de consultas mês junto às famílias que tiveram atendimento pelo programa foi ampliado, superando em 2,17 vezes a meta prevista para esse indicador. Embora a ampliação do número médio de consultas na ESF, o resultado do indicador: “Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer” apresentou resultado negativo uma vez que o percentual de bebês com baixo peso ao nascer aumentou.

Os indicadores de saúde do programa “Atenção Integral à Saúde” mostraram resultados com relação à população de maior faixa etária: diminuiu a taxa de internações por AVC na população de mais de 60 anos, e na faixa de 30 a 59 anos, ultrapassando as metas previstas. E, o indicador “Coeficiente de mortalidade infantil (menores de 01 ano)” evoluiu positivamente, reduzindo, ainda que não tenha alcançado a meta prevista.

⁴ Quando o valor do indicador não constar da Tabela, significa que não foi apurado.

Tabela 15 - Dados dos Indicadores do Programa Atenção Integral à Saúde

Indicador	Un de medida	Valor inicial	Valor esperado	*Valor apurado
Coefficiente de gestação na adolescência (dos 11 aos 19 anos)	1/1.000	29	23	-
Coefficiente de mortalidade infantil (menores de 1 ano)	1/1.000 nascidos vivos	13,1	8,9	11,67
Expectativa média de vida	Ano	73,3	74,5	
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	Consulta/hab/ano	1,17	1,8	1,53
Média mensal de visitas domiciliares por família	Visita/família/mês	0,16	0,28	0,61
População coberta com primeira consulta odontológica programática	Percentual	9,47	17,00	11,53
Proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família	Percentual	33,00	60,00	33,30
Proporção de altas por abandono de tratamento da tuberculose no total de casos notificados na coorte	Percentual	10,00	6,00	9,70
Proporção de mulheres captadas no 1º trimestre de gestação na área coberta pelo PSF	Percentual	81,70	90,00	89,44
Proporção de nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer	Percentual	1,20	0,9	1,399
Razão entre exames preventivos do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	Exame/mulher de 25 a 59 anos	0,14	0,31	0,18
Taxa de internação por alcoolismo na população de 10 anos ou mais	1/10.000 habitantes	4,50	4,00	8,04
Taxa de internação por AVC na população de 60 anos ou mais	1/10.000 habitantes	91,00	79,95	65,86
Taxa de internação por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade	1/1.000	33,90	29,00	32,40
Taxa de internações por AVC na população de 30 a 59 anos	1/10.000 habitantes	12,91	11,21	10,24

Fonte: Rio Grande do Sul, 2012. Relatório de Avaliação do PPA 2008/2011 (*valores apurados em 04/2012)

Outros indicadores demonstram baixa efetividade da Atenção à Saúde, é o caso do indicador que informa a razão entre exames preventivos de cólo de útero e a população feminina entre mulheres de 25 a 59 anos, cujo resultado (0,18) ficou muito aquém do esperado. Ainda, a taxa de internação por alcoolismo na população entre 10 anos ou mais,

cujo indicador inicial (4,5) contrariamente ao esperado, aumentou para 8,04, quando a meta seria a redução (4,0).

4.4 Conclusões acerca da compatibilidade entre o PPA 2008/2011 da SES/RS e os projetos do Rumos 2015 para a Saúde Pública

Para avaliar a compatibilidade entre as propostas do Plano Rumos 2015 e o PPA 2008/2011, foram analisados os recursos dispendidos para a execução dos dois programas considerados nesse estudo, o que se fez possível a partir dos dados extraídos do SISPLAG - Avaliação do PPA 2008/2011, visando compará-los aos recursos estimados para os projetos do Plano Rumos 2015.

A Tabela 16 apresenta o total dos recursos financeiros liquidados na execução dos programas da SES/RS, do PPA 2008/2011 da SES/RS, considerando os programas: Assistência em Média e Alta Complexidade no Sistema de Saúde e Atenção Integral à Saúde, os quais tem objetivos que são compatíveis com as propostas do Rumos 2015.

Tabela 16: Dados Financeiros PPA 2008/2011- SES/RS

Programas PPA SES/RS	R\$ (liquidado)
Assistência em Média e Alta Complexidade no Sistema de Saúde	308.862.651,10
Atenção Integral à Saúde	101.305.208,32
Total 2 Programas	410.167.859,42
Total SES PPA 2008/2011	1.821.857.683,01

Fonte: Adaptado de Avaliação do PPA 2008/2011(Rio Grande do Sul, 2012)

A Tabela 17 apresenta os dados financeiros dos recursos orçamentários estimados pelo Rumos 2015, para a realização dos projetos no setor saúde, no período 2008/2011, e os recursos financeiros liquidados pela SES/RS nos dois programas considerados e no total do seu plano plurianual 2008/2011.

Tabela 17: Dados Financeiros PPA 2008/2011 x Rumos 2015 (R\$)

Plano/Programas Saúde	Orçamento Programado	Dotação	Valor liquidado Jan/2012	Valor atualizado* Nov/2012
Plano Rumos 2015 Orçamento Estimado Projetos Saúde	1.445.918.000,00	-	-	2.181.168.350,00
PPA SES / Programas analisados ⁵	712.696.067,00	472.073.027,6	410.167.859,42	439.374.697,77
PPA 2008/2011 SES Total ⁶	5.672.920.865,00	2.242.868.542,5 2	1.821.857.683,0 1	1.951.586.040,00

Fontes: Adaptado de Rio Grande do Sul, 2007 e SISPLAG - SES PPA 2008/2011. (*Atualizado pelo IGP/DI)

Os dados atualizados para o mês de novembro de 2012, pelo Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna (IGP-DI), na Tabela 17, permitem comparar os recursos estimados para os projetos do Rumos 2015 e o valor total liquidado no PPA 2008/2011 da SES/RS.

Verifica-se que o valor estimado para os projetos propostos pelo Rumos 2015, para o desenvolvimento das ações no âmbito da saúde pública no período 2008/2011, é superior ao valor total liquidado no plano plurianual 2008/2011 pela SES/RS.

Os recursos estimados pelo Rumos 2015, para a saúde pública, visavam a realização de alguns projetos⁷, que promoviam simultaneamente a atenção e assistência á saúde e o desenvolvimento regional, enquanto o valor liquidado para a realização dos programas da SES/RS, no período, incluía toda a despesa realizada pelo órgão estadual da saúde, tanto nos programas finalísticos, como no programa de Apoio Administrativo⁸.

Dessa forma, conclui-se que embora as diretrizes conceituais do plano Rumos 2015 tenham sido observadas, conforme exposto na mensagem do PPA 2008/2011, os recursos destinados para atender aos programas do setor saúde, preconizados para desenvolver a saúde pública em âmbito regional, e dinamizar a economia local através dos empregos

⁵ Total do orçamento proposto e total liquidado na execução dos programas da SES analisados

⁶ Considera o orçamento total da SES no PPA 2008/2011

⁷ Os projetos tinham por objetivos:- implantar e implementar o programa Estratégia da Saúde da Família, - qualificar os hospitais regionais, elevando o número de leitos, - ampliar, nas regiões, o número de profissionais para a assistência em saúde.

⁸ Esse tem por finalidade a remuneração do pessoal ativo, a publicidade institucional, as despesas administrativas e a qualificação da infraestrutura.

associados, conforme previa o plano Rumos 2015, não foram suficientes para o alcance das metas previstas em termos da atenção básica e da assistência em média e alta complexidade.

Isso se traduz, respectivamente, pela baixa cobertura do programa Estratégia Saúde da Família entre os municípios do Estado (56%) e pelo número insuficiente de leitos hospitalares (2,8/1000hab). Além disso, o número planejado de centrais e unidades de regulação a serem implantadas para atender a regionalização da saúde pública, não foi atingido, ficando muito aquém do planejado.

O gráfico da Figura 6 apresenta os recursos financeiros envolvidos nos programas do PPA 2008/2011 da SES, sendo apresentada a dotação orçamentária e o montante liquidado para cada um. Observa-se que os recursos da SES para o período foram concentrados no programa “Gestão e Co-financiamento do SUS” que envolve o repasse de recursos aos municípios conforme definido pela gestão tripartite do SUS.

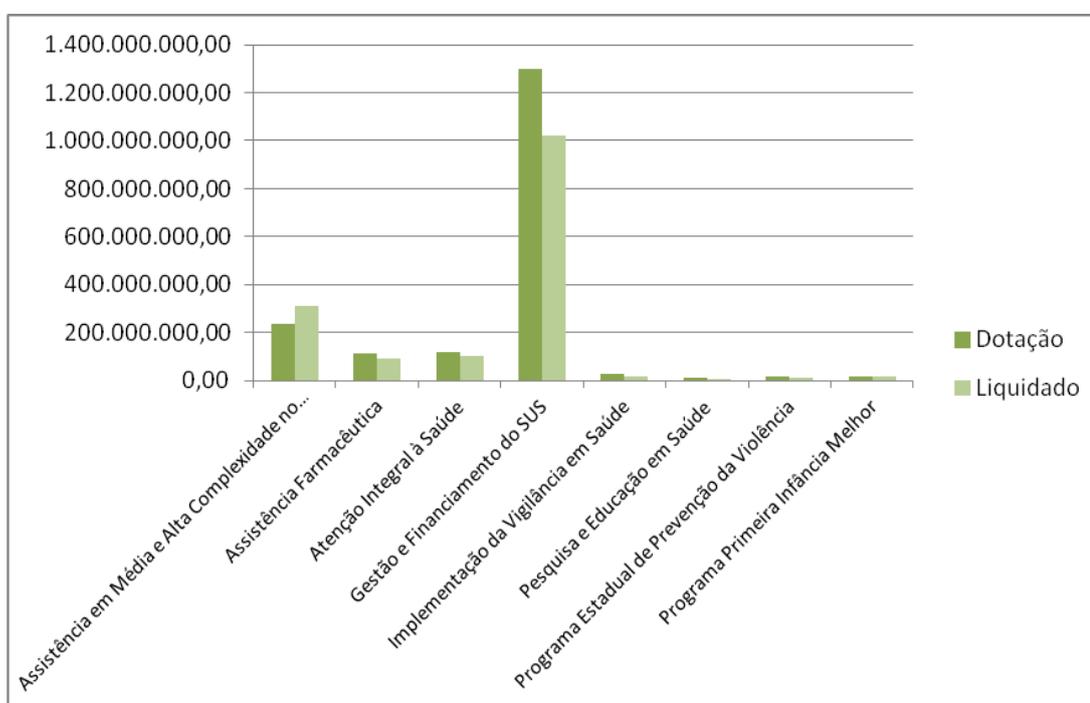


Figura 6: Dotação e recursos liquidados no PPA 2008/2011 da SES/RS

Fonte: Adaptado de RIO GRANDE DO SUL, 2012.

Em nível conceitual o plano plurianual da SES/RS definiu duas estratégias diretamente compatíveis com as diretrizes do plano Rumos 2015 para o setor saúde, as quais foram as seguintes: 1- Orientar e ampliar o acesso ao sistema de saúde pública por

intermédio do Programa de Saúde da Família – PSF, e, a estratégia 3 - Ampliar a capacidade e a regionalização da prestação de serviços de saúde especializada.

Entretanto, apesar da compatibilidade do PPA 2008/2011 com relação às diretrizes do Rumos 2015, os resultados da avaliação do produto final alcançado pelas ações dos programas da SES/RS no PPA 2008/2011 revelaram:

- Em nível da Assistência de Média e Alta Complexidade: não houve o alcance de uma melhor situação da infraestrutura para a assistência à saúde da população, pois, ainda que o número de médicos e enfermeiros tenha alcançado valores compatíveis com os previstos no plano Rumos 2015, a assistência à saúde da população, em nível de média e alta complexidade, nas regiões, não atingiu um nível satisfatório pela insuficiência do número de leitos hospitalares. Além disso, os recursos previstos no orçamento do PPA/SES 2008/2011 para a manutenção e recuperação dos hospitais de pequeno porte, não se efetivaram. E a obra do hospital regional, em Santa Maria, cuja previsão era de estar 100% concluída em 2011, apresentava, à época, percentual de conclusão de 61%.

A exceção, entre as ações previstas no Programa de Assistência em Média e Alta Complexidade, ocorreu na Ação “Estruturação da Rede de Atendimento de Urgência/Emergência” que superou a meta prevista com relação a implantação do número de bases do Programa Salvar/SAMU, em municípios do interior. A previsão era alcançar, até 2011, a implantação de mais 54 bases do programa, mas a meta foi ultrapassada e o número de bases do programa Salvar/SAMU em municípios do interior havia incluído 71 municípios ao final do PPA 2008/2011.

- Em nível da Atenção Básica em Saúde: a cobertura da assistência da população pelo Programa Estratégia Saúde da Família não se ampliou entre 2007 e 2011, e conforme indicado no gráfico da Figura 6, apresentou grande variação entre 2001 e 2011. Isso dificulta o alcance dos objetivos do programa, o que é confirmado pelo resultado indesejável de alguns indicadores relacionados à Atenção Básica, como por exemplo, o “Coeficiente de nascidos vivos com baixo peso ao nascer”, o que indica que há dificuldades a serem supridas para tornar satisfatório o nível de Atenção Básica à saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso analisado, embora o plano de médio prazo, PPA 2008-2011, tenha manifestado considerar as diretrizes do plano de longo prazo, observou-se, apesar das limitações do presente estudo, que o alcance da visão de futuro, identificada pelo estudo Rumos 2015, dependeria também de outros fatores importantes, tais como a ênfase dada pela gestão à determinadas ações e a dotação de recursos financeiros adequados a sua implementação.

Além disso, necessitaria, para materializar as metas previstas, ser compatível com a orientação definida em nível nacional. Entretanto, as diretrizes federais enfatizaram, no período, a ampliação da Assistência Básica, e a implantação da Rede de Urgência e Emergência através do Programa Salvar/SAMU de modo suprir a necessidade de assistência em saúde, seja pela ampliação da prevenção realizada pela assistência básica e pela regulação das internações, na alta complexidade, aos hospitais dos centros urbanos através do deslocamento dos pacientes, evitando, entre outros, o investimento em leitos hospitalares nas regiões. Mas, a ação “Regulação Assistencial Implantada” não alcançou as metas previstas, quanto a implantação do número de Centrais de Regulação e Unidades de Regulação.

Quanto à Regionalização do SUS, que poderia cumprir com os objetivos do Rumos 2015, sendo um fator de desenvolvimento regional, verificou-se que a ação “Regionalização da Saúde” não atendeu as metas previstas, sendo que a exceção deu-se na ampliação das bases implantadas nos municípios do interior pela Rede de Urgência e Emergência.

Em nível da Atenção Básica, com relação à Estratégia Saúde da Família, os motivos que têm levado à descontinuidade do programa pelos municípios necessitariam ser analisados, com vistas a implementar ações que possibilitassem a ampliação de sua cobertura. Pois a descontinuidade de adesão ao programa pelos municípios, além de prejudicar o atendimento da população respondendo pelo impacto negativo com relação a indicadores de saúde, poderia levar à baixa confiabilidade no programa junto à população.

Levando-se em consideração os resultados das análises realizadas, se verificou que a situação da assistência em saúde pública no RS não está distante do quadro apresentado pela mídia com relação ao que ocorre nas demais áreas do país. Provavelmente o fraco crescimento da população no Estado (6% no período 2000/2010), e a ênfase na

implementação das ações de prevenção realizadas pela Vigilância em Saúde, nesse período, tenham evitado um colapso no sistema de assistência à saúde no RS.

A realização da análise de caso permitiu verificar ser possível avaliar o alcance de metas definidas em planos de longo prazo, a partir da sua comparação com as metas alcançadas em planos de médio prazo.

Revelou, ainda, que seria importante proceder-se a análise e avaliação das diretrizes e instrumentos de planejamento setoriais de médio prazo, realizados sucessivamente, em diferentes gestões de governo, para avaliar seu alcance no longo prazo. Dessas análises poderiam resultar contribuições para ampliar a eficácia no planejamento das ações na gestão pública, visando a efetividade das políticas públicas.

A partir da presente análise de caso é possível verificar que as formas de co-gestão e de pactuação em saúde poderiam ser objeto de análises em estudos futuros para avaliar a eficiência de tais instrumentos de política em saúde. Tais estudos possibilitariam, ainda, avaliar os motivos que levaram à baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família no RS.

Da mesma forma outras análises poderiam ser realizadas para estabelecer uma relação de critérios que classificariam em ordem decrescente, as necessidades de leitos hospitalares nas regiões, em função da implantação de novas estruturas econômicas regionais que vem se desenvolvendo no RS, tais como a ampliação do Porto de Rio Grande, e a construção do Estaleiro, a implantação das Universidades Regionais e dos Institutos Técnicos Federais, entre outros. Tais elementos econômicos produzem migração da população e, alteram o perfil da população e, inclusive, o tipo de demanda por assistência em saúde.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rio Grande do Sul - Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.84 p. (Rio Grande do Sul - Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS)

_____. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS/ NOAS-SUS 01/2001. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília.

_____. Constituição Federal de 1988. Artigo 21, inciso IX. Brasília: Congresso Nacional, 1988a.

_____. _____. Artigo 165, § 1º. Brasília: Congresso Nacional, 1988b.

_____. _____. Artigo 165, § 2º. Brasília: Congresso Nacional, 1988c.

_____. _____. Artigo 165, §4º. Brasília: Congresso Nacional, 1988d.

_____. _____. Artigo 174. Brasília: Congresso Nacional, 1988e.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Guia de Monitoramento PPA 2012-2015 Módulo de Monitoramento Temático / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Coordenação de Documentação e Informação – Brasília: MP, 2012. 36 p.: il. color.

CESAR, Ana Maria Roux Valentini Coelho. Método do Estudo de Caso (*Case Studies*) ou Método do Caso (*Teaching Cases*)? Uma análise dos dois métodos no Ensino e Pesquisa em Administração. Disponível em:

http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCSA/remac/jul_dez_05/06.pdf

Acesso em 31/11/2012

COSTA, Frederico Lustosa Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas Revista de Administração Pública – RAP. Rio de Janeiro, set/out. 2008

COSTA, Hélio B. Planejamento Estratégico - Projeto Eurobrasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – 2004. 55 pg.

DAGNINO, Renato Peixoto. Planejamento estratégico governamental / Renato Peixoto Dagnino. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2009. 166p. il.

DE TONI, Jackson, Em Busca Do Planejamento Governamental Do Século XXI. In: Reflexões para Ibero América – Planejamento Estratégico. Caderno EIAPP. ENAP. 2009. Disponível em:
http://www.enap.gov.br/files/Caderno_EIAPP_Planejamento_Estrategico.pdf Acesso em 20/11/2011

_____. Planejamento e Elaboração de Projetos Um desafio para a gestão no setor público. Brasília. 2003

FARAH, Marta Ferreira Santos. Administração pública e políticas públicas. Revista da Administração Pública - RAP. Rio de Janeiro 45 (3):813-36, Maio/jun. 2011.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. A Reorganização do Processo de Planejamento do Governo Federal: O PPA 2000-2003. Brasília, 2000. In: texto Para Discussão No 726 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

_____. PPA: O Que Não É e o Que Pode Ser. In: Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise. nº 20, 2012 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA 2012 Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_20_artigoespecial.pdf .Acesso em: 26/10/2012

GIL, Antonio Carlos; LICHT, René Henrique Götz; OLIVA Eduardo De Camargo. A Utilização de Estudos de Caso na Pesquisa em Administração. BASE – Revista de Administração e Contabilidade da Unisinos. 2(1):47-56, janeiro/abril 2005
Disponível em:
http://www.unisinos.br/publicacoes_cientificas/images/stories/pdfs_base/ultima_edicao/08_art_gil.pdf
Acesso em: 07/11/2012

HOFFMANN, Juliana et al. Avaliação Econômica do Programa Estratégia Saúde da Família no RS – Período 2002 a 2008. Trabalho de Conclusão do Curso: Avaliação de Econômica de Projetos Sociais. Fundação Itaú Social - Secretaria do Planejamento Gestão e Participação Cidadã. Porto Alegre/RS. 2012

LEITE JÚNIOR, Alcides Domingues. Desenvolvimento e Mudanças no Estado Brasileiro / Alcides Domingues Leite Júnior. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009. 90p.

MALMEGRIN, Maria Leonídia Gestão operacional / Maria Leonídia Malmegrin. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010.200p. : il.

MARINI, Caio & MARTINS, Humberto. Um governo matricial: estruturas em rede para geração de resultados de desenvolvimento. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2 – 5 Nov. 2004

REDE BRASILEIRA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, disponível em:
http://redebrasileirademea.ning.com/profile/RedeBrasileiradeMACGestor?xg_source=msg_share_post. Acesso em 16/10/2012

REZENDE, Fernando. Planejamento no Brasil: auge, declínio e caminhos para a reconstrução in: **1A reinvenção do planejamento governamental no Brasil** / organizador: José Celso Cardoso Jr. – Brasília : Ipea, 2011. v.4 (517 p.) : tabs. (Diálogos para o Desenvolvimento) Projeto Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_dialogosdesenvol04.pdf. Acesso em 04/10/2012

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Planejamento e Gestão. LEI Nº 12.749, de 20 de Julho de 2007. Plano Plurianual 2008 – 2011. Disponível em <http://www.al.rs.gov.br/>

_____. Secretaria da Coordenação e Planejamento. Departamento de Estudos Econômicos e Sociais e de Planejamento Estratégico, Departamento de coordenação e Acompanhamento de projetos de Desenvolvimento Econômico e Tecnológico. Rumos 2015: estudo sobre desenvolvimento regional e logística de transportes no Rio Grande do Sul. SCP. DEPLAN-DCAPET. Porto Alegre: SCP, 2006. 5 v.: tab.; gráf., mapas.

_____. Secretaria da Coordenação e Planejamento. Departamento de Estudos Econômicos e Sociais e de Planejamento Estratégico, Departamento de coordenação e Acompanhamento de projetos de Desenvolvimento Econômico e Tecnológico. Rumos 2015: estudo sobre desenvolvimento regional e logística de transportes no Rio Grande do Sul; documento síntese. / SCP. DEPLAN-DCAPET. Porto Alegre: SCP, 2006. 473p

_____. Secretaria do Planejamento, Gestão e Participação Cidadã. Departamento de Planejamento Governamental. Plano Plurianual 2008-2011 Relatório de Avaliação. Exercício 2011. Diário Oficial do Estado. Maio de 2012

_____. Secretaria do Planejamento, Gestão e Participação Cidadã. Departamento de Planejamento Governamental. Plano Plurianual 2008-2011. Sistema de planejamento e Gestão. Avaliação. Exercício 2011.

<https://www.epp.rs.gov.br/content/index.php>. Acesso em 19/11/2012.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Porto Alegre. Julho de 2002.

SACRAMENTO, Weverton Pereira; Metodologia da Pesquisa Científica; Ouro Preto: UFOP 2008. 96p. il.

SANCHES, Osvaldo Maldonado; Dicionário de Orçamento, Planejamento e Áreas Afins; 2ª Edição. Brasília; Prisma/OMS, 2004, 394p

SILVA, Sergio Vital e; NIERO, José Carlos Coelho; MAZZALI, Leonel; O Planejamento Estratégico Situacional no Setor Público – A Contribuição de Carlos Matus; XII SEMEAD-Empreendedorismo e Inovação. FEA. USP. 2009. Disponível em:<http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/473.pdf> Acesso em 30/11/2011

SVENSSON, Frank. Arquitetura, criação e necessidade: algumas indicações para a formação de arquitetos na República Popular de Angola/Frank Svensson. – Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília, 1992

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses: MDT / Universidade Federal de Santa Maria, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Biblioteca Central, Editora da UFSM. – 8. ed. – Santa Maria : Ed. da UFSM, 2012. 72 p. : il. ; 21 x 29,7 cm.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi - 2.ed. - Porto Alegre: Bookman, 2001. Disponível em: http://www.proppi.uff.br/turismo/sites/default/files/metodologia_da_pesquisa_estudo_de_caso_yin.pdf Acesso em: 07/11/2012

ANEXO A – Programas do Rumos 2015 para o RS

A programação de ações em forma de programas e projetos recomendados busca alcançar a visão e estratégias delineadas, conforme **Figura 1.5.2**.

A **Tabela 1.5.1** registra a totalidade das propostas multissetoriais para o Estado, assim como os recursos necessários para implementá-las até 2015, ano-horizonte do estudo, que são delineadas na seqüência.

Deve ser ressaltado que este Plano, produto do estudo abrangente e interdisciplinar do Rumos 2015, comporta propostas que têm repercussões em vários setores governamentais, sejam secretarias ou órgãos vinculados. Assim, trata-se de proposta preliminar a ser amplamente conhecida e discutida, visando aos ajustes necessários e sua incorporação nos planejamentos setoriais.

Deve ser ressaltado o caráter muito diferenciado existente entre os projetos delineados. Algumas das propostas como as de transportes, objeto de estudo específico no Rumos 2015, encontram-se em nível avançado de detalhamento e programação. Outros, como os projetos sociais, por corresponderem a ações já em andamento pelos setores competentes, admitem escopos e estimativas de demandas e recursos mais especificadas. No entanto, muitos dos chamados “projetos” são propostas no nível de concepção das ações necessárias, que deverão ser, ainda, tanto aceitas e encampadas pelo governo, em seus vários setores, como pelos parceiros privados, que devem ser envolvidos, o que determinará diferenças de escopos, metas e recursos. Por essa razão, os projetos e recursos devem ser tomados apenas como indicativos e ordem de grandeza aproximada dos investimentos necessários.

Tabela 1.5.1 – Estratégias, Programas, Projetos e Estimativas de Recursos para o RS

Estratégia	Programa	Subprograma	Projeto	2006 – 2007	2008 - 2011	2012 - 2015	Total	
1 - Aumento da Competitividade Estadual (cont.)	1 - Estímulos Econômicos		1 - Incentivos a Segmentos Promissores	1.000.000	2.000.000	2.000.000	5.000.000	
			2 - Incentivos a Segmentos Promissores nas Regiões Menos Dinâmicas do Estado	175.832	326.543	-	502.375	
			3 - Direcionamento das Linhas de Crédito e Financiamento	703.940	1.407.885	1.407.885	3.519.710	
			4 - Fortalecimento da Extensão Rural Acoplada a Financiamentos Agropecuários	1.266.114	4.387.127	6.848.952	12.502.194	
			5 - Inteligência Competitiva	7.024	13.599	13.597	34.220	
			6 - Suporte ao Empreendedor	24.990	60.000	72.000	156.990	
			7 - Eficiência Coletiva - Incentivo ao Associativismo e Cooperativismo	5.308	6.928	6.928	19.164	
			8 - Apoio à Exportação	9.960	13.650	-	23.610	
	Total				3.193.168	8.215.732	10.349.362	21.758.263
	1 - Aumento da Competitividade Estadual (cont.)	1 - Transportes		1 - Grandes Eixos de escoamento da Produção e Exportações	2.213.140	1.718.500	2.356.090	6.287.730
				2 - Integração de Fronteiras - Mercosul e Santa Catarina	62.996	6.012	62.102	131.110
				3 - Eixos de Integração Inter-Regional	131.388	235.426	562.916	929.730
				4 - Eixos de Integração Regional Internos	113.822	30.504	295.074	439.400
				5 - Eixos de Incorporação de Áreas Produtivas	89.994	139.988	154.968	384.950
				6 - Acessos Capilares a Municípios	213.570	124.310	473.450	811.330
				7 - Melhoria em Armazenamento	-	1.337.350	-	1.337.350
		2 - Suprimento de Infra-Estruturas de Apoio	2 - Energia		1 - Superação de Gargalos em Linhas de Transmissão	754.000	389.000	87.000
2 - Melhoria das Condições Operacionais do Suprimento					-	-	-	-
3 - Universalização do Suprimento Rural Adequado (Luz para Todos)					200.400	-	-	200.400
4 - Melhoria do Suprimento Rural (Energia Forte)					8.900	17.800	18.100	44.800
5 - Fomento à Produção de Bioenergia					25.000	25.000	50.000	100.000
3 - Telecomunicações				1 - Suprimento Regional de Redes de Transmissão de Dados de Alta Velocidade	-	-	-	-
				2 - Universalização da Telefonia Rural	26.100	20.700	-	46.800
	3 - Fortalecimento de Centros de Difusão de Informações Tecnológicas			9.700	15.400	-	25.100	
Total				3.849.010	4.059.990	4.059.700	11.968.700	

A programação de ações em forma de programas e projetos recomendados busca alcançar a visão e estratégias delineadas, conforme **Figura 1.5.2**.

A **Tabela 1.5.1** registra a totalidade das propostas multissetoriais para o Estado, assim como os recursos necessários para implementá-las até 2015, ano-horizonte do estudo, que são delineadas na seqüência.

Deve ser ressaltado que este Plano, produto do estudo abrangente e interdisciplinar do Rumos 2015, comporta propostas que têm repercussões em vários setores governamentais, sejam secretarias ou órgãos vinculados. Assim, trata-se de proposta preliminar a ser amplamente conhecida e discutida, visando aos ajustes necessários e sua incorporação nos planejamentos setoriais.

Deve ser ressaltado o caráter muito diferenciado existente entre os projetos delineados. Algumas das propostas como as de transportes, objeto de estudo específico no Rumos 2015, encontram-se em nível avançado de detalhamento e programação. Outros, como os projetos sociais, por corresponderem a ações já em andamento pelos setores competentes, admitem escopos e estimativas de demandas e recursos mais especificadas. No entanto, muitos dos chamados "projetos" são propostas no nível de concepção das ações necessárias, que deverão ser, ainda, tanto aceitas e encampadas pelo governo, em seus vários setores, como pelos parceiros privados, que devem ser envolvidos, o que determinará diferenças de escopos, metas e recursos. Por essa razão, os projetos e recursos devem ser tomados apenas como indicativos e ordem de grandeza aproximada dos investimentos necessários.

Tabela 1.5.1 – Estratégias, Programas, Projetos e Estimativas de Recursos para o RS

Estratégia	Programa	Subprograma	Projeto	2006 – 2007	2008 - 2011	2012 - 2015	Total					
1 - Aumento da Competitividade Estadual (cont.)	1 - Estímulos Econômicos		1 - Incentivos a Segmentos Promissores	1.000.000	2.000.000	2.000.000	5.000.000					
			2 - Incentivos a Segmentos Promissores nas Regiões Menos Dinâmicas do Estado	175.832	326.543	-	502.375					
			3 - Direcionamento das Linhas de Crédito e Financiamento	703.940	1.407.885	1.407.885	3.519.710					
			4 - Fortalecimento da Extensão Rural Acoplada a Financiamentos Agropecuários	1.266.114	4.387.127	6.848.952	12.502.194					
			5 - Inteligência Competitiva	7.024	13.599	13.597	34.220					
			6 - Suporte ao Empreendedor	24.990	60.000	72.000	156.990					
			7 - Eficiência Coletiva - Incentivo ao Associativismo e Cooperativismo	5.308	6.928	6.928	19.164					
			8 - Apoio à Exportação	9.960	13.650	-	23.610					
	Total				3.193.168	8.215.732	10.349.362	21.758.263				
	1 - Transportes			1 - Grandes Eixos de escoamento da Produção e Exportações	2.213.140	1.718.500	2.356.090	6.287.730				
				2 - Integração de Fronteiras - Mercosul e Santa Catarina	62.996	6.012	62.102	131.110				
				3 - Eixos de Integração Inter-Regional	131.388	235.426	562.916	929.730				
				4 - Eixos de Integração Regional Internos	113.822	30.504	295.074	439.400				
				5 - Eixos de Incorporação de Áreas Produtivas	89.994	139.988	154.968	384.950				
				6 - Acessos Capilares a Municípios	213.570	124.310	473.450	811.330				
				7 - Melhoria em Armazenamento	-	1.337.350	-	1.337.350				
		2 - Suprimento de Infra-Estruturas de Apoio			1 - Superação de Gargalos em Linhas de Transmissão	754.000	389.000	87.000	1.230.000			
					2 - Melhoria das Condições Operacionais do Suprimento	-	-	-	-			
					3 - Universalização do Suprimento Rural Adequado (Luz para Todos)	200.400	-	-	200.400			
					4 - Melhoria do Suprimento Rural (Energia Forte)	8.900	17.800	18.100	44.800			
					5 - Fomento à Produção de Bioenergia	25.000	25.000	50.000	100.000			
					3 - Telecomunicações			1 - Suprimento Regional de Redes de Transmissão de Dados de Alta Velocidade	-	-	-	-
								2 - Universalização da Telefonia Rural	26.100	20.700	-	46.800
3 - Fortalecimento de Centros de Difusão de Informações Tecnológicas								9.700	15.400	-	25.100	
Total				3.849.010	4.059.990	4.059.700	11.968.700					

A programação de ações em forma de programas e projetos recomendados busca alcançar a visão e estratégias delineadas, conforme **Figura 1.5.2**.

A **Tabela 1.5.1** registra a totalidade das propostas multissetoriais para o Estado, assim como os recursos necessários para implementá-las até 2015, ano-horizonte do estudo, que são delineadas na seqüência.

Deve ser ressaltado que este Plano, produto do estudo abrangente e interdisciplinar do Rumos 2015, comporta propostas que têm repercussões em vários setores governamentais, sejam secretarias ou órgãos vinculados. Assim, trata-se de proposta preliminar a ser amplamente conhecida e discutida, visando aos ajustes necessários e sua incorporação nos planejamentos setoriais.

Deve ser ressaltado o caráter muito diferenciado existente entre os projetos delineados. Algumas das propostas como as de transportes, objeto de estudo específico no Rumos 2015, encontram-se em nível avançado de detalhamento e programação. Outros, como os projetos sociais, por corresponderem a ações já em andamento pelos setores competentes, admitem escopos e estimativas de demandas e recursos mais especificadas. No entanto, muitos dos chamados "projetos" são propostas no nível de concepção das ações necessárias, que deverão ser, ainda, tanto aceitas e encampadas pelo governo, em seus vários setores, como pelos parceiros privados, que devem ser envolvidos, o que determinará diferenças de escopos, metas e recursos. Por essa razão, os projetos e recursos devem ser tomados apenas como indicativos e ordem de grandeza aproximada dos investimentos necessários.

Tabela 1.5.1 – Estratégias, Programas, Projetos e Estimativas de Recursos para o RS

Estratégia	Programa	Subprograma	Projeto	2006 – 2007	2008 - 2011	2012 - 2015	Total	
1 - Aumento da Competitividade Estadual (cont.)	1 - Estímulos Econômicos		1 - Incentivos a Segmentos Promissores	1.000.000	2.000.000	2.000.000	5.000.000	
			2 - Incentivos a Segmentos Promissores nas Regiões Menos Dinâmicas do Estado	175.832	326.543	-	502.375	
			3 - Direcionamento das Linhas de Crédito e Financiamento	703.940	1.407.885	1.407.885	3.519.710	
			4 - Fortalecimento da Extensão Rural Acoplada a Financiamentos Agropecuários	1.266.114	4.387.127	6.848.952	12.502.194	
			5 - Inteligência Competitiva	7.024	13.599	13.597	34.220	
			6 - Suporte ao Empreendedor	24.990	60.000	72.000	156.990	
			7 - Eficiência Coletiva - Incentivo ao Associativismo e Cooperativismo	5.308	6.928	6.928	19.164	
			8 - Apoio à Exportação	9.960	13.650	-	23.610	
	Total			3.193.168	8.215.732	10.349.362	21.758.263	
	2 - Suprimento de Infra-Estruturas de Apoio	1 - Transportes		1 - Grandes Eixos de escoamento da Produção e Exportações	2.213.140	1.718.500	2.356.090	6.287.730
				2 - Integração de Fronteiras - Mercosul e Santa Catarina	62.996	6.012	62.102	131.110
				3 - Eixos de Integração Inter-Regional	131.388	235.426	562.916	929.730
				4 - Eixos de Integração Regional Internos	113.822	30.504	295.074	439.400
				5 - Eixos de Incorporação de Áreas Produtivas	89.994	139.988	154.968	384.950
				6 - Acessos Capilares a Municípios	213.570	124.310	473.450	811.330
				7 - Melhoria em Armazenamento	-	1.337.350	-	1.337.350
		2 - Energia		1 - Superação de Gargalos em Linhas de Transmissão	754.000	389.000	87.000	1.230.000
2 - Melhoria das Condições Operacionais do Suprimento				-	-	-	-	
3 - Universalização do Suprimento Rural Adequado (Luz para Todos)				200.400	-	-	200.400	
4 - Melhoria do Suprimento Rural (Energia Forte)				8.900	17.800	18.100	44.800	
5 - Fomento à Produção de Bioenergia				25.000	25.000	50.000	100.000	
3 - Telecomunicações			1 - Suprimento Regional de Redes de Transmissão de Dados de Alta Velocidade	-	-	-	-	
			2 - Universalização da Telefonia Rural	26.100	20.700	-	46.800	
	3 - Fortalecimento de Centros de Difusão de Informações Tecnológicas		9.700	15.400	-	25.100		
Total			3.849.010	4.059.990	4.059.700	11.968.700		

ANEXO B – PPA 2008/2011 – SES/RS

Plano Plurianual PPA 2008-2011:PRIMEIRA REVISÃO

Desenvolvimento Social

PROGRAMA: ASSISTÊNCIA EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO SISTEMA DE SAÚDE

Finalístico

ÓRGÃO RESPONSÁVEL: SECRETARIA DA SAÚDE

OBJETIVO: EFETUAR A CONFORMAÇÃO DE REDES REGIONALIZADAS E HIERARQUIZADAS DE SERVIÇOS NA ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR, NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTES, NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E NA REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA, COMO PORTA DE ENTRADA REGULADA PELO SISTEMA PÚBLICO, DE MODO A FACILITAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO. PROMOVER A SUFICIÊNCIA DAS REGIÕES DE SAÚDE EM SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE; VISANDO SOLUCIONAR A CONCENTRAÇÃO DE SERVIÇOS NA CAPITAL E NAS CIDADES DE MAIOR PORTE; INVESTIR EM UNIDADES POLO DE ATENDIMENTO PARA FORTALECER A ATENÇÃO SECUNDÁRIA.

VALOR DO PROGRAMA (R\$ 1,00):	Despesa Corrente	Despesa Capital	Total	INDICADOR	Un. Medida	Índice Recente	Índice Desejado
283.355.000	91.481.967	374.836.967		Índice de contratualização de unidades conveniadas e contratadas pelo SUS	Percentual	17	100
				Nº de Centrais de Regulação Assistencial implantadas	Central de Regulação	1	19
				Nº de municípios com adesão ao Programa de Urgência e Emergência	Município	30	54
				Nº de Redes Assistenciais implantadas	Rede	6	17
				Nº de transplantes realizados	Transplante	1.344	1.547
				Nº de Unidades de Atenção ao Portador de Deficiências habilitadas	Unidade	36	55

AÇÃO	SITUAÇÃO	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO	Total (R\$ 1,00)	PRODUTO	UNIDADE DE MEDIDA	META
ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR	Em andamento	SES	Implantar Redes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência: Auditiva, Física, Mental, Autismo e Déficit Sensoriomotor. As Redes são constituídas por unidades especializadas descentralizadas e hierarquizadas, com equipes multiprofissionais, atendimentos especializados em reabilitação, com prescrição, adaptação e concessão de órtese, próteses e materiais especiais (OPM). Contempla também o serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) interestadual, disponibilizando deslocamentos aéreos ou rodoviários para fins de tratamento fora do Estado, quando não existe na rede SUS/RS	150.500.000	Órtese, prótese e material especial concedido	Concessão	1.661.151
CONSTRUÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL E UNIDADE DE REABILITAÇÃO	Em andamento	SES	Construção do Bloco C do complexo hospitalar do Hospital Regional de Santa Maria e aquisição de equipamentos para fins de atendimento de alta complexidade e doenças do aparelho locomotor. As especialidades previstas para o hospital são: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica obstétrica, clínica pediátrica, neonatologia, psiquiatria e doenças do aparelho locomotor, garantindo à população do Rio Grande do Sul a instalação de uma Unidade de Reabilitação nos moldes do Hospital da Rede Sarah.	44.481.967	Bloco C do Hospital construído	Percentual	100
DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTES	Em andamento	SES	A doação de órgãos e transplantes é gerenciada pela Central de Transplantes, que regula, implementa e avalia todas as etapas relacionadas com as atividades de transplantes no Estado do Rio Grande do Sul, adequando-se à legislação federal vigente.	1.655.000	Doador efetivo de órgãos captado Nº de mortes encefálicas notificadas Transplante de órgãos e tecidos realizado	Doador Notificação Transplante	594 1.711 5.875
ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Em andamento	SES	Ampliação da rede existente para atendimento das urgências/emergências através da implantação gradual de bases do SALVAR-SAMU em todas as regiões do Estado, tornando resolutivo o atendimento, com consequente diminuição da morbi-mortalidade.	83.500.000	Base de Atendimento do Salvar-SAMU implantada	Base	24
IMPLANTAÇÃO DE REDES REGIONALIZADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	Em andamento	SES	Organização dos serviços assistenciais ambulatoriais e hospitalares do SUS em redes regionalizadas e hierarquizadas, implantando novas redes: de Atendimento Hospitalar, de Unidades de Tratamento Intensivo, de Oftalmologia, de Oncologia, do paciente com obesidade grave, de Neurocirurgia, de terapia nutricional, de Análises Clínicas, de Queimados e de Odontologia. Realização de investimentos em Unidades de Referência para fortalecer a atenção regionalizada secundária. Incentivo à aquisição de medicamentos de forma consorciada.	57.500.000	Rede Assistencial implantada	Rede Assistencial	11

Plano Plurianual PPA 2008-2011: PRIMEIRA REVISÃO

Desenvolvimento Social

RECUPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE	Nova	SES	Recuperar a rede de hospitais de baixa complexidade no interior do Estado.	15.000.000			
REGULAÇÃO ASSISTENCIAL	Em andamento	SES	Implantação de Complexos Reguladores para prestação de atendimento e regulação pré-hospitalar a cidadãos acometidos por agravos agudos, até serem transportados para os serviços de saúde. Regulação da Internação, a ser iniciada nas internações em leitos de UTI Neonatal, Pediátrica, Adulto, seguida pelas demais internações. Regulação Ambulatorial, a ser iniciada pela Regulação da Terapia Renal Substitutiva (TRS), seguindo-se, após, pela consultas e exames especializados.	22.200.000	Central de Regulação Assistencial implantada	Central	7

Plano Plurianual PPA 2008-2011:PRIMEIRA REVISÃO

Desenvolvimento Social

PROGRAMA: ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Finalístico

ÓRGÃO RESPONSÁVEL: SECRETARIA DA SAÚDE
OBJETIVO: ATUALIZAR MEIOS DE AVALIAÇÃO E CONTROLE, POSSIBILITANDO O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES, OTIMIZANDO O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA, PARA ATENDER OS USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS, CONFORME CRITÉRIOS ESTABELECIDOS PELOS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (PCDT/MS), ATENDER AS DEMANDAS JUDICIAIS POR MEDICAMENTOS, EVITANDO PENALIDADES E SEQUÊSTROS DE VALORES DAS CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. DOTAR O LABORATÓRIO FARMACÉUTICO DO ESTADO (LAFERGS) DE CAPACIDADE PRODUTIVA CONFORME AS EXIGÊNCIAS DA LEGISLAÇÃO SANITÁRIA EM VIGOR.

SECRETARIA DA SAÚDE
ATUALIZAR MEIOS DE AVALIAÇÃO E CONTROLE, POSSIBILITANDO O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES, OTIMIZANDO O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA, PARA ATENDER OS USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS, CONFORME CRITÉRIOS ESTABELECIDOS PELOS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (PCDT/MS), ATENDER AS DEMANDAS JUDICIAIS POR MEDICAMENTOS, EVITANDO PENALIDADES E SEQUÊSTROS DE VALORES DAS CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. DOTAR O LABORATÓRIO FARMACÉUTICO DO ESTADO (LAFERGS) DE CAPACIDADE PRODUTIVA CONFORME AS EXIGÊNCIAS DA LEGISLAÇÃO SANITÁRIA EM VIGOR.

VALOR DO PROGRAMA (R\$ 1,00):	Despesa Corrente	Despesa Capital	Total	INDICADOR	Un. Medida	Índice Recente	Índice Desejado
702.123.000		6.407.000	708.530.000	Atendimento da demanda de dispensação de medicamentos especiais/excepcionais	%	57	100
				Avaliação e orientação dos municípios para a utilização do Sistema de Acompanhamento do Incentivo à Assistência Farmacéutica Básica (SIFAB)	%	11	100
				Cumprimento das determinações judiciais com entrega dos medicamentos	%	55	100
				Distribuição anual de medicamentos	Medicamento (milhar)/ano	108.000	470.000
				Produção anual de medicamentos	Unid.farmacéutica (milhar)/ano	26.400	300.000
				Tempo decorrido entre a solicitação e o atendimento dos processos administrativos	Dia	50	20

AÇÃO	SITUAÇÃO	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO	Total (R\$ 1,00)	PRODUTO	UNIDADE DE MEDIDA	META
CONCLUSÃO DA OBRA DE REFORMA E AMPLIAÇÃO DO LABORATÓRIO FARMACÉUTICO DO ESTADO (LAFERGS)	Em andamento	FEPPS	A obra em questão visa a adequação das instalações do LAFERGS às exigências impostas pela legislação sanitária referente à fabricação de medicamentos. A conclusão da obra proporcionará a ampliação da capacidade produtiva do LAFERGS, possibilitando a produção de um elenco maior de produtos, com melhor estrutura para apoiar os programas da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS).	1.600.000	Prédio concluído	% de área concluída	100
DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS	Em andamento	FEPPS	Garantir a agilidade na distribuição de medicamentos nos municípios e o ordenamento adequado dos produtos, em áreas apropriadas e nas condições de conservação exigidas para a manutenção da sua integridade, conforme preconizado na legislação vigente sobre as Boas Práticas de Distribuição.	5.746.000	Medicamento distribuído	Unidade farmacéutica (milhar)	1.430.000
GERENCIAMENTO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS, ESPECIAIS E DE AÇÕES JUDICIAIS	Em andamento	SES	Gerenciar e planejar a aquisição de medicamentos. Implementar e expandir os Centros de Referência no Estado. Aprimorar a logística de distribuição de medicamentos. Aprimorar a execução cadastral dos processos administrativos, observando o uso racional dos medicamentos e critérios farmacoeconômicos. Coordenar e acompanhar as demandas dos processos judiciais, subsidiando o Estado nas ações judiciais através das evidências científicas e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (PCDT/MS).	612.155.000	Usuário do SUS com demanda de medicamento atendido	%	100
INCENTIVO À ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA BÁSICA NOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL	Em andamento	SES	Garantir, através do repasse da contrapartida estadual, o acesso da população a medicamentos essenciais básicos utilizados para o tratamento dos agravos da atenção básica, contribuindo para o aumento da resolutividade do sistema e para a qualidade de vida da população.	56.700.000			
PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS	Em andamento	FEPPS	Após o término das obras de reforma do LAFERGS e obtenção da Certificação de Boas Práticas de Fabricação expedida pela ANVISA, o Laboratório passará a produzir medicamentos conforme elenco definido pela Coordenação de Política de Assistência Farmacéutica da SES, com a colaboração da FIOCRUZ e outras instituições.	32.329.000	Medicamento produzido	Unidade farmacéutica (milhar)	600.000

Plano Plurianual PPA 2008-2011:PRIMEIRA REVISÃO

Desenvolvimento Social

PROGRAMA: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Finalístico

ÓRGÃO RESPONSÁVEL: SECRETARIA DA SAÚDE

OBJETIVO: GARANTIR AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO, DIRECIONADAS À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE, À MULHER, AO ADULTO E AO IDOSO, AMPLIANDO A COBERTURA DA POPULAÇÃO DO RIO GRANDE DO SUL PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. DESENVOLVER PROJETOS E IMPLEMENTAR ATIVIDADES NAS ÁREAS DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO, CONTROLE, ACOMPANHAMENTO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, ATRAVÉS DE SERVIÇOS DE SAÚDE QUE INTEGREM UMA REDE REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA, TENDO COMO EIXO ESTRUTURANTE A ATENÇÃO BÁSICA. PRIORIZAR A SAÚDE DE POPULAÇÕES DE MAIOR VULNERABILIDADE COMO A INDÍGENA E A PRISIONAL, ENTRE OUTRAS.

VALOR DO PROGRAMA (R\$ 1,00):	Despesa Corrente	Despesa Capital	Total	INDICADOR	Un. Medida	Índice Recente	Índice Desejado
242.135.600	242.135.600	95.723.500	337.859.100	Coefficiente de gestação na adolescência (dos 11 aos 19 anos)	1/1000	29	23
				Coefficiente de mortalidade infantil (menores de 1 ano)	1/1000 nascidos vivos	13,1	8,9
				Expectativa média de vida	Ano	73,3	74,5
				Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	Consulta/habitante/ano	1,17	1,8
				Média mensal de visitas domiciliares por família	Visita/família/mês	0,16	0,28
				População coberta com primeira consulta odontológica programática	Percentual	9,47	17
				Proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família	Percentual	33	60
				Proporção de altas por abandono de tratamento da tuberculose no total de casos notificados na coorte	Percentual	10	6
				Proporção de mulheres captadas no 1º trimestre de gestação na área coberta pelo PSF	Percentual	81,7	90
				Proporção de nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer	Percentual	1,2	0,9
				Razão entre exames preventivos do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	Exame/mulher de 25 a 59 anos	0,14	0,31
				Taxa de internação por alcoolismo na população de 10 anos ou mais	1/10000 habitantes	4,5	4
				Taxa de internação por AVC na população de 60 anos ou mais	1/10000 habitantes	91	79,95
				Taxa de internação por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade	1/1000	33,9	29
				Taxa de internações por AVC na população de 30 a 59 anos	1/10000 habitantes	12,91	11,21

AÇÃO	SITUAÇÃO	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO	Total (R\$ 1,00)	PRODUTO	UNIDADE DE MEDIDA	META
ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	Em andamento	SES	A criança é prioridade de governo e a mortalidade infantil retrata a qualidade de vida da população. Para diminuir o coeficiente de mortalidade infantil deve-se qualificar as ações de saúde, especialmente, as do pré-natal, parto e puerpério. Na Atenção à Criança e ao Adolescente, desenvolvida em conjunto com os municípios, incluem-se ações e serviços de promoção e proteção à saúde, diagnóstico e tratamento de doenças, em especial as de maior prevalência e as de sócio-reabilitação, além de atendimento especializado a crianças e adolescentes vítimas de abuso e violência sexual. A Atenção Integral à Saúde da Mulher envolve prevenção e promoção da saúde, atendimento à doença, reabilitação e alívio do sofrimento, considerando as questões inerentes ao gênero e aos problemas de relevância como: planejamento familiar, em especial o acesso a métodos contraceptivos, estado nutricional, pré-natal, parto, puerpério, climatério, câncer de colo e de mama, além da violência contra a mulher.	30.723.900	Óbito em menor de 1 ano investigado Proporção de nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer	Percentual Percentual	99 0,9
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	Em andamento	SES		6.720.000	Exame citopatológico cervico-vaginal em mulher de 25 a 59 anos realizado Gestante com 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas Mamografia em mulher acima de 40 anos realizada	Exame Percentual Mamografia	2.505.790 87,7 1.711.666

Plano Plurianual PPA 2008-2011:PRIMEIRA REVISÃO

Desenvolvimento Social

AÇÃO	SITUAÇÃO	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO	Total (R\$ 1,00)	PRODUTO	UNIDADE DE MEDIDA	META
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADULTO	Em andamento	SES	Atenção integral à Saúde do Adulto com ênfase nas áreas de promoção e prevenção, acompanhamento e reabilitação da população adulta. Decorrentes da maior prevalência e relevância na população do Rio Grande do Sul, destacam-se as doenças cardio-vasculares, neoplasias, hanseníase, tuberculose, DST/HIV/AIDS, acidentes e violências (causas externas).	26.289.600	Alta por abandono de tratamento da Tuberculose Gestante HIV+ atendida Internação por AVC na população de 30 a 59 anos	Percentual Número	6 100 4.744
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO	Em andamento	SES	Implementação, com os municípios, de ações prioritárias do Pacto pela Vida à população acima dos 60 anos, em todos os níveis de atenção. Implantação da Caderneta da Saúde do Idoso e construção da rede de serviços da Pessoa Idosa, enfatizando o acolhimento, a efetiva resolutividade e a qualidade das demandas locais e regionais. Promoção da dignidade, do respeito e da liberdade do idoso, garantindo a manutenção de sua capacidade funcional, autonomia e sua inserção na família e na comunidade.	3.530.000	Paciente com Hanseníase curado Internações por AVC na população acima de 60 anos	Percentual Número	100 9.113
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	Em andamento	SES	A Atenção Básica tem sido reconhecida como um dos componentes-chave de um sistema de saúde eficaz. O modelo utilizado para ampliação do acesso da população e qualificação dos serviços oferecidos tem sido a Estratégia de Saúde da Família, além do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Os serviços de Atenção Básica ficaram sob responsabilidade direta dos municípios, ficando a SES com as atribuições de co-financiar, garantir a equidade na oferta de serviços, promover cooperação técnica com os municípios, além de promover a capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos.	205.000.000	Equipe de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantada Equipe de Saúde Bucal implantada Equipe de Saúde Bucal Indígena implantada Equipe de Saúde da Família implantada Equipe de Saúde Indígena implantada Equipe de Saúde Prisional implantada	Equipe	141.559 2.052 22 2.052 22 36
PLANEJAMENTO FAMILIAR	Nova	SES	Realização de ações de planejamento familiar em programa multidisciplinar, envolvendo os municípios e entidades não-governamentais. A execução será através de ações educacionais, voltadas especialmente para adolescentes, e de ações de saúde pública com utilização voluntária de anticoncepcionais reversíveis, com acompanhamento das Equipes de Saúde da Família.	5.000.000			
SANEAMENTO BÁSICO COMUNITÁRIO (PROSAN)	Em andamento	SES	Realização de ações de saneamento alternativo de baixo custo, envolvendo atividades preventivas e/ou educativas, de maneira ecológica, visando reduzir o número de domicílios no Estado que não possuem água potável encanada e/ou banheiros com esgotamento sanitário. Incentivo da prática de corretos hábitos de higiene antes e durante a implantação das melhorias comunitárias, domiciliares e ambientais. Realização de ações visando a construção de banheiros com esgotamento sanitário, através de parcerias entre Governo do Estado, Governo Municipal e o próprio beneficiado.	15.300.000	Extensão de água implementada Módulo sanitário implantado Rede de água implantada	Extensão Módulo Rede	92 1.000 144
SAUDE MENTAL	Em andamento	SES	Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Saúde Mental corresponde a 12% da necessidade de atenção à saúde da população. Deste total, 25% estão relacionados aos transtornos do humor e em torno de 50% ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Estas patologias acarretam intervenções psiquiátricas e incapacidade laborativa. A saúde mental deve desenvolver ações que atendam estas doenças, além das demais vinculadas ao sofrimento psíquico, através de uma rede de atenção integral à saúde. Para isto, se faz necessário o apoio técnico e financeiro aos municípios, para a ampliação e qualificação das equipes e da rede existente.	45.295.600	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em funcionamento	CAPS	645

Plano Plurianual PPA 2008-2011:PRIMEIRA REVISÃO

Desenvolvimento Social

PROGRAMA: GESTÃO E FINANCIAMENTO DO SUS

ÓRGÃO RESPONSÁVEL: SECRETARIA DA SAÚDE
 OBJETIVO: GARANTIR UMA GESTÃO EFICIENTE NO ÂMBITO ESTADUAL, ASSEGURANDO AS PRÁTICAS LEGAIS DE FINANCIAMENTO NO SUS.
 VALOR DO PROGRAMA (R\$ 1,00): Despesa Corrente 2.454.606.372 Despesa Capital 99.622.457 Total 2.554.228.829

Gestão de Políticas Públicas

AÇÃO	SITUAÇÃO	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO	Total (R\$ 1,00)	PRODUTO	UNIDADE DE MEDIDA	META
CO-FINANCIAMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE	Em andamento	SES	Desenvolvimento de cooperação técnico-financeira com Unidades Assistenciais de Saúde, Consórcios Intermunicipais e Municípios, através de instrumentos legais celebrados, visando o desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para a assistência à saúde.	321.436.806	Instrumento celebrado	Instrumento	200
CONTROLE SOCIAL - CONSELHO ESTADUAL DE ENTORPECENTES (CONEN/RS)	Em andamento	SES	O Conselho Estadual de Entorpecentes tem como competência atuar no controle das políticas referentes ao uso prejudicial de drogas legais e ilegais. Deve acompanhar, promover, apoiar e fiscalizar ações de educação preventiva, de tratamento, de reinserção social e laboral e de aspectos jurídicos. As prioridades são a mobilização, descentralização, ampliação e fortalecimento dos Conselhos Municipais de Entorpecentes (COMENS), bem como a capitalização dos bens apreendidos do narcotráfico através do Fundo Nacional Anti-Drogas.	800.000	Conselho municipal de entorpecentes criado	Conselho	80
CONTROLE SOCIAL NO SUS- CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (CES)	Em andamento	SES	Fortalecimento das instâncias de controle social no SUS através de organização junto aos movimentos ligados à saúde e de constituição de espaços para discussão de temas que estão na Agenda da Saúde. Intensificação da atuação das Comissões do Conselho Estadual de Saúde, Conselhos Regionais e Municipais de Saúde. Elaboração de materiais de divulgação, realização de capacitações, seminários, conferências, plenárias, fóruns e demais espaços de discussão da agenda política do SUS.	1.920.000	Pessoa informada e capacitada	Pessoa	5.800.000
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL	Em andamento	SES	O desenvolvimento institucional tem como objetivo a reestruturação da Secretaria Estadual da Saúde, implantando um novo modelo organizacional em consonância com as novas exigências do SUS e do papel do Estado na gestão do SUS.	800.000	Nova estrutura administrativa implantada	Estrutura administrativa	1
GERENCIAMENTO DAS AÇÕES JUDICIAIS	Em andamento	SES	A necessidade legal de cumprir determinações judiciais, em sede de antecipação ou sentença definitiva, tornou imprescindível aperfeiçoar a logística do cumprimento das decisões. A Secretaria Estadual da Saúde vem ampliando a informatização do gerenciamento e da logística de atendimento para superar as dificuldades. Há necessidade de reformular as rotinas de auditoria interna buscando identificar irregularidades e distorções, bem como ampliar a integração com a Procuradoria-Geral do Estado, com a finalidade de formular estratégias conjuntas.	244.967.436	Ações judiciais atendidas	Percentual	100

Plano Plurianual PPA 2008-2011: PRIMEIRA REVISÃO

Desenvolvimento Social

GERENCIAMENTO DO SERVIÇOS PRÓPRIOS	Em andamento	SES	121.703.000	Atendimento a pacientes pertencentes à área de cobertura do Centro de Saúde Escola Murialdo	Atendimento	720.000
				Atendimento ambulatorial, no Hospital Psiquiátrico São Pedro, aos pacientes externos portadores de transtornos mentais e do comportamento	Atendimento	8.800
				Atendimento ambulatorial, no Hospital Sanatório Partenon, aos portadores de tuberculose, HIV/AIDS, hepatites virais e assistência para pessoas com necessidade de imunobiológicos especiais	Atendimento	200.000
				Atendimento, no Ambulatório de Dermatologia Sanitária, aos portadores de doenças dermatológicas, hanseníase, DST e HIV/AIDS, aconselhamento e testagem, e apoio para diagnóstico e tratamento	Atendimento	745
				Atendimento, no Hospital Colônia Itapua, a usuários-moradores portadores de transtorno mental, ex-hansenianos institucionalizados e comunidade	Atendimento	71.000
				Paciente internado no Hospital Sanatório Partenon	Paciente	1.264
GERENCIAMENTO DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE	Em andamento	SES	1.833.932.130	Efetuar o gerenciamento dos recursos orçamentários e financeiros oriundos de outras esferas de Governo e do Estado. Contempla recursos para financiamento da atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e qualificação da gestão do SUS. Inclui, também, recursos provenientes da produção dos serviços das Unidades Públicas Estaduais. A SES/RS é responsável pelo pagamento dos serviços prestados, controle, avaliação, regulação e auditoria, de acordo com os instrumentos celebrados.	Pagamento efetuado	200.000
INFORMAÇÃO EM SAÚDE	Em andamento	SES	27.400.000	Desenvolver campanhas educativas de prevenção, disseminando informações através da elaboração de materiais impressos (volantes, banners, cartazes, outdoors, entre outros). Utilizar espaços de mídia em rádios, TVs, jornais e revistas, bem como, mobilizar a imprensa para divulgar os programas e ações da SES/RS.	Pessoa Informada	11.000.000
MODERNIZAÇÃO GERENCIAL E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL	Em andamento	FEPPS	1.269.457	Reformulação da estrutura institucional através de implantação de sistema informatizado para realização de controle e arquivo de RH, almoxarifado e rede interiorizada. Qualificação dos servidores, possibilitando suporte técnico qualificado para a execução das ações em Saúde.	Projeto de Informatização implantado Servidor qualificado Unidade Pessoa	1 204

Plano Plurianual PPA 2008-2011: PRIMEIRA REVISÃO

Desenvolvimento Social

GERENCIAMENTO DO SERVIÇOS PRÓPRIOS	Em andamento	SES	121.703.000	Atendimento a pacientes pertencentes à área de cobertura do Centro de Saúde Escola Murialdo	Atendimento	720.000
				Atendimento ambulatorial, no Hospital Psiquiátrico São Pedro, aos pacientes externos portadores de transtornos mentais e do comportamento	Atendimento	8.800
				Atendimento ambulatorial, no Hospital Sanatório Partenon, aos portadores de tuberculose, HIV/AIDS, hepatites virais e assistência para pessoas com necessidade de imunobiológicos especiais	Atendimento	200.000
				Atendimento, no Ambulatório de Dermatologia Sanitária, aos portadores de doenças dermatológicas, hanseníase, DST e HIV/AIDS, aconselhamento e testagem, e apoio para diagnóstico e tratamento	Atendimento	745
				Atendimento, no Hospital Colônia Itapua, a usuários-moradores portadores de transtorno mental, ex-hansenianos institucionalizados e comunidade	Atendimento	71.000
				Paciente internado no Hospital Sanatório Partenon	Paciente	1.264
GERENCIAMENTO DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE	Em andamento	SES	1.833.932.130	Efetuar o gerenciamento dos recursos orçamentários e financeiros oriundos de outras esferas de Governo e do Estado. Contempla recursos para financiamento da atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e qualificação da gestão do SUS. Inclui, também, recursos provenientes da produção dos serviços das Unidades Públicas Estaduais. A SES/RS é responsável pelo pagamento dos serviços prestados, controle, avaliação, regulação e auditoria, de acordo com os instrumentos celebrados.	Pagamento	200.000
INFORMAÇÃO EM SAÚDE	Em andamento	SES	27.400.000	Desenvolver campanhas educativas de prevenção, disseminando informações através da elaboração de materiais impressos (volantes, banners, cartazes, outdoors, entre outros). Utilizar espaços de mídia em rádios, TVs, jornais e revistas, bem como, mobilizar a imprensa para divulgar os programas e ações da SES/RS.	Pessoa	11.000.000
MODERNIZAÇÃO GERENCIAL E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL	Em andamento	FEPPS	1.269.457	Reformulação da estrutura institucional através de implantação de sistema informatizado para realização de controle e arquivo de RH, almoxarifado e rede interiorizada. Qualificação dos servidores, possibilitando suporte técnico qualificado para a execução das ações em Saúde.	Unidade Pessoa	1 204

Plano Plurianual PPA 2008-2011:PRIMEIRA REVISÃO

Desenvolvimento Social

PROGRAMA:	IMPLEMENTAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE				Finalístico		
ÓRGÃO RESPONSÁVEL: OBJETIVO:	SECRETARIA DA SAÚDE IDENTIFICAR, MONITORAR E PREVENIR DOENÇAS, AGRAVOS E FATORES DE RISCO QUE POSSAM AFETAR A SAÚDE HUMANA. PROMOVER UM CONJUNTO DE ATIVIDADES INTEGRADAS, DESENVOLVIDAS PELAS VIGILÂNCIAS A PARTIR DE ESTUDOS E ANÁLISES DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE E DA IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO, CONDIÇÕES AMBIENTAIS, DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS OCORRIDOS, VISANDO AS AÇÕES NECESSÁRIAS À PREVENÇÃO, REDUÇÃO, CONTROLE E ERRADICAÇÃO DESSES PROBLEMAS PELO SISTEMA DE SAÚDE; DE ACORDO COM OS NÍVEIS DE COMPETÊNCIAS ESTABELECIDOS.						
VALOR DO PROGRAMA (R\$ 1,00):	Despesa Corrente 57.686.701	Despesa Capital 7.512.312	Total 65.199.013	Un. Medida Análise laboratorial/ano Atendimento/ano	Índice Recente 694.829 22.000	Índice Desejado 696.200 26.000	
				Percentual	79,2	100	
				Percentual	0	100	
				Percentual	20,2	100	
				Percentual	40,3	100	
				Percentual	26,4	100	
AÇÃO	SITUAÇÃO	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO	Total (R\$ 1,00)	PRODUTO	UNIDADE DE MEDIDA	META
ATENDIMENTOS EM VIGILÂNCIA TOXICOLÓGICA	Em andamento	FEPPS	Atender, em regime de plantão permanente, as solicitações feitas ao Centro de Informação Toxicológica, na área de emergência médica e de apoio diagnóstico (laboratorial e identificação de animais e plantas). Possibilitar o tratamento precoce, diminuindo as sequelas e o risco de vida dos usuários.	1.904.180	Agente identificado Análise laboratorial efetuada Atendimento realizado Programa de Controle de Agravos Tóxicos desenvolvido	Unidade Unidade Unidade Unidade	7.000 11.300 98.000 4
IMPLEMENTAÇÃO DA VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE	Em andamento	SES	Promover a constituição de equipes municipais de Vigilância Ambiental em Saúde com vistas à vigilância dos agravos, riscos e fatores determinantes e condicionantes da saúde da população relacionados ao ambiente.	11.002.940	Município com Vigilância Ambiental em Saúde implementada	Município	496
IMPLEMENTAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	Em andamento	SES	Implementar a vigilância em ambientes de trabalho, através da adoção do sistema de informações (SIST) pelos municípios, e criação dos centros de referência, permitindo a atenção integral e a atuação preventiva nos processos de trabalho, inclusive dos trabalhadores da zona rural.	1.920.000	Centro de Referência Municipal criado Município com Vigilância do Trabalhador implantada	Centro de Referência Município	5 496
IMPLEMENTAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Em andamento	SES	Desenvolver atividades descentralizadas de vigilância epidemiológica em todos os municípios para conhecer, detectar ou prevenir fatores de risco, agravos e doenças, bem como para desencadear as medidas de controle pertinentes, visando a promoção da saúde da população. Desenvolver atividades descentralizadas com o objetivo de atingir cobertura de 95% ou mais para a vacina tríplice viral, em 70% dos municípios do Rio Grande do Sul. Implantação do Sistema de Verificação de Óbitos(SVO).	16.159.041	Município com cobertura de 95% ou mais para vacina tríplice viral Município com vigilância epidemiológica certificado Serviço de verificação de óbitos implantado	Município Município Serviço	347 496 1
IMPLEMENTAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ESTADO	Em andamento	SES	Coordenar a descentralização de ações de Vigilância Sanitária conforme a pactuação e a capacidade instalada municipal.	11.526.852	Vigilância Sanitária descentralizada	Município	496
REALIZAÇÃO DE ANÁLISES LABORATORIAIS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Em andamento	FEPPS	Realizar análises laboratoriais e exames com vistas a identificar e monitorar os fatores de riscos ambientais (biológicos, físicos e químicos) que tenham relação com a saúde humana. Diagnosticar e controlar doenças, surtos, epidemias, calamidades públicas e emergências epidemiológicas de maneira oportuna e garantir a qualidade dos produtos, serviços e dos ambientes sujeitos à vigilância sanitária.	21.708.000	Exame laboratorial em Saúde do Trabalhador realizado Exame laboratorial em Vigilância Ambiental realizado Exame laboratorial em Vigilância Epidemiológica realizado Exame laboratorial em Vigilância Sanitária realizado	Unidade Unidade Unidade Unidade	9.200 1.260.000 1.480.000 33.600

Plano Plurianual PPA 2008-2011: PRIMEIRA REVISÃO

Desenvolvimento Social

AÇÃO	SITUAÇÃO	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO	Total (R\$ 1,00)	PRODUTO	UNIDADE DE MEDIDA	META
REESTRUTURAÇÃO DOS LABORATÓRIOS MACROREGIONAIS E SUPERVISÃO DA REDE DE LABORATÓRIOS DE INTERESSE EM SAÚDE PÚBLICA	Nova	FEPPS	Reestruturar a rede de Laboratórios de Saúde Pública em relação à estrutura física, à metodologia, aos equipamentos e à ampliação da cobertura laboratorial.	978.000	Laboratório estruturado Laboratório supervisionado Profissional capacitado	Unidade Unidade Pessoa	9 160 120

Plano Plurianual PPA 2008-2011:PRIMEIRA REVISÃO

Desenvolvimento Social

PROGRAMA: PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Gestão de Políticas Públicas

ÓRGÃO RESPONSÁVEL: SECRETARIA DA SAÚDE

OBJETIVO: DESENVOLVER AÇÕES DE PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FORMA DE QUALIFICAR OS PROGRAMAS DE GOVERNO VOLTADOS À MELHORIA DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO.

VALOR DO PROGRAMA (R\$ 1,00): Despesa Corrente 94.677.603 Despesa Capital 7.353.465 Total 102.031.068

AÇÃO	SITUAÇÃO	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO	Total (R\$ 1,00)	PRODUTO	UNIDADE DE MEDIDA	META
AÇÕES DE PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO TOXICOLÓGICA	Em andamento	FEPPS	Sensibilizar a comunidade, mediante eventos (palestras, encontros, feiras e outros) de Prevenção Toxicológica. Capacitar multiplicadores e profissionais das áreas de saúde e de educação, dentro do Programa de Educação em Toxicologia do Centro de Informações Toxicológicas/RS. Disponibilizar informação técnica para usuários internos e externos através de bases de dados especializados e de material bibliográfico.	499.970	Multiplicador capacitado Pessoa sensibilizada Usuário informado	Pessoa Pessoa Pessoa	14.000 22.600 9.000
DESENVOLVIMENTO DE MEDICAMENTOS	Em andamento	FEPPS	Desenvolver novas formulações de produtos farmacêuticos para fins de obtenção de registros na ANVISA.	11.220.000	Medicamento registrado	Unidade	14
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Em andamento	SES	Realização de cursos que contemplem as especificidades das áreas da atenção integral à saúde, vigilâncias em saúde e para o controle social. Implementar programas de aperfeiçoamento do corpo docente e administrativo da SES, com inserção da humanização no atendimento interno e externo, incluindo cursos para gestores, jornalistas, advogados e outros.	35.500.000	Aluno capacitado	Aluno	12.240
ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO	Em andamento	SES	Realização do Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), composto pelos Programas de Residência Médica (especialidades de Psiquiatria, Dermatologia e Medicina de Família e Comunidade) e Multiprofissional (ênfases em Saúde Mental Coletiva, Atenção Básica em Saúde, Dermatologia Sanitária, Pneumologia Sanitária). Realização dos Cursos de Especialização em Saúde Pública, em Saúde da Família, Enfermagem na Atenção Básica, Saúde Mental Coletiva, Vigilância em Saúde, Saúde Bucal, Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde, Direito Sanitário. Qualificação dos recursos humanos da SES através de Mestrado e Doutorado.	32.400.000	Aluno formado	Aluno	1.640
ENSINO PROFISSIONAL	Em andamento	SES	Realização anual do Curso Técnico de Enfermagem. Finalização dos projetos para implementação dos cursos de Técnico Agente Comunitário, Técnico em Higiene Dental, Técnico em Vigilância em Saúde, Técnico em Registro e Informação de Saúde. Sistematização de demandas para atividades e programas de ensino profissional não oferecidos no Estado.	9.100.000	Aluno formado	Aluno	520
IMPLEMENTAÇÃO DE PESQUISA BIOTECNOLÓGICA EM SAÚDE	Em andamento	FEPPS	Desenvolvimento e implementação de pesquisas em Biotecnologia em Saúde, com vistas a atender a demanda pública de produtos e serviços para a qualificação do diagnóstico de doenças e experimentação animal, melhoria da eficiência dos tratamentos de doenças por problemas genéticos (terapia gênica), desenvolvimento de técnicas de análises de DNA. Qualificação de profissionais em novas tecnologias, colocando o Estado em condições de oferecer à população o mesmo patamar tecnológico dos países desenvolvidos. Qualificação e ampliação de áreas físicas para realização de pesquisas.	7.101.887	Animal transgênico produzido Biotério estruturado Centro ampliado Projeto desenvolvido	Unidade % de obra executada % de execução física Projeto	1.300 100 95 35
PESQUISA EM SAÚDE	Nova	SES	Produção e desenvolvimento de protocolos de pesquisa em saúde, captação de recursos, formalização de convênios e termos de cooperação nacional e internacional, visando inovações tecnológicas. Criação de Centro de Inovação de Pesquisa em Saúde, articulando todos os centros de pesquisa em saúde. Realização de pesquisas reconhecidas e validadas através da produção e publicação de artigos científicos. Captação de recursos junto a agências de fomento à pesquisa, de âmbito nacional e internacional.	350.000	Centro de Inovação de Pesquisa em Saúde implantado Pesquisa realizada	Centro Pesquisa	1 40

Plano Plurianual PPA 2008-2011: PRIMEIRA REVISÃO

Desenvolvimento Social

AÇÃO	SITUAÇÃO	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO	Total (R\$ 1,00)	PRODUTO	UNIDADE DE MEDIDA	META
PESQUISA EM VIGILÂNCIA LABORATORIAL	Em andamento	FEPPS	A pesquisa tem como objetivo principal a implantação e implementação de melhorias nos processos analíticos, envolvendo o diagnóstico de agravos e produtos de interesse à saúde pública.	200.000	Pesquisa realizada	Pesquisa	8
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE ANÁLISE DE DNA E EXPERIMENTAÇÃO	Em andamento	FEPPS	Disponibilizar produtos e serviços na área de experimentação (produzir animais) e análise de seqüências de DNA. Realizar testes de paternidade em cumprimento do convênio com o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul.	5.659.211	Análise laboratorial realizada Animal produzido para experimentação	Unidade Animal	45.600 145.000

Plano Plurianual PPA 2008-2011:PRIMEIRA REVISÃO

Desenvolvimento Social

PROGRAMA: PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

Finalístico

ÓRGÃO RESPONSÁVEL: SECRETARIA DA SAÚDE

OBJETIVO: ORIENTAR AS FAMÍLIAS, A PARTIR DE SUA CULTURA E EXPERIÊNCIAS, PARA ESTIMULAREM O DESENVOLVIMENTO PLENO DAS CAPACIDADES E POTENCIALIDADES DAS CRIANÇAS.

VALOR DO PROGRAMA (R\$ 1,00): Despesa Corrente	Despesa Capital	Total	INDICADOR	Un. Medida	Índice Recente	Índice Desejado
66.680.000	0	66.680.000	Índice de ganhos de desenvolvimento cognitivo, motor, sócio-afetivo e linguagem, por faixa etária	Percentual	42	60
			Número de crianças beneficiadas entre 0 e 6 anos de idade	Criança	59.025	100.000
			Número de famílias atendidas	Família	39.390	100.000
			Número de municípios capacitados com o Programa implantado	Município	223	318

AÇÃO	SITUAÇÃO	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO	Total (R\$ 1,00)	PRODUTO	UNIDADE DE MEDIDA	META
CAPACITAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES ENVOLVIDAS	Em andamento	SES	Realização de Encontros e Seminários semestrais e /ou anuais para troca de experiências e divulgação do PIM. Realização de capacitações sistemáticas para equipes técnicas, com vistas ao gerenciamento do Programa nos municípios, nas Coordenadorias Regionais de Saúde e para os representantes das Secretarias Estaduais parceiras, com utilização de materiais teórico-metodológicos, como os Guias de Orientação permanente com a rede de serviços dos municípios para viabilizar a intersetorialidade nas ações.	2.575.000	Encontro e Seminário realizado Representante das Secretarias e Coordenadorias Regionais capacitado Técnico Municipal e Estadual capacitado	Seminário Pessoa Pessoa	8 90 417

COOPERAÇÃO FINANCEIRA COM OS MUNICÍPIOS	Em andamento	SES	Apoio financeiro às ações dos municípios com o Programa implantado, com base no número de visitantes habilitados pela CIB/RS.	63.080.000	Visitador habilitado nos Municípios com o PIM implantado	Visitador	4.000
---	--------------	-----	---	------------	--	-----------	-------

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PIM NOS MUNICÍPIOS	Em andamento	SES	Assessoria técnica especializada e sistemática para orientar e acompanhar as atividades, conforme metodologia do PIM, bem como para avaliar qualitativa e quantitativamente os ganhos alcançados pelas crianças, por faixa etária, nas áreas cognitiva, motora, sócio-afetiva e da linguagem, a partir do diagnóstico inicial do desenvolvimento da criança.	1.025.000	Avaliação realizada nos municípios com o Programa implantado	Percentual	100
---	--------------	-----	--	-----------	--	------------	-----

Plano Plurianual PPA 2008-2011:PRIMEIRA REVISÃO

Desenvolvimento Social

PROGRAMA: SEGURANÇA TRANSFUSIONAL E QUALIDADE DE SANGUE

Finalístico

ÓRGÃO RESPONSÁVEL: SECRETARIA DA SAÚDE
OBJETIVO: ASSEGURAR A QUALIDADE E A AUTO-SUFICIÊNCIA EM SANGUE, COMPONENTES E DERIVADOS SANGÜÍNEOS, E GARANTIR A ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE COAGULOPATIAS E HEMOGLOBINOPATIAS. ATENDER A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

VALOR DO PROGRAMA (R\$ 1,00): Despesa Corrente	Despesa Capital	Total	INDICADOR	Un. Medida	Índice Recente	Índice Desejado
29.328.743	2.200.000	31.528.743	Índice de desempenho do ciclo do sangue	Unidade	0,53	0,9
			Taxa de doação de sangue	Percentual	1,69	2,97

AÇÃO	SITUAÇÃO	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	DESCRIÇÃO	Total (R\$ 1,00)	PRODUTO	UNIDADE DE MEDIDA	META
ATENDIMENTO AOS PACIENTES PORTADORES DE HEMOGLOBINOPATIAS E COAGULOPATIAS	Nova	FEPPS	Implantação e implementação do Cadastro Estadual de Hemoglobiнопатias e Coagulopatias. Fomento à implantação e implementação de programa de atendimento multidisciplinar de pacientes com hemoglobiнопатias e coagulopatias. Produção de manual para tratamento clínico. Produção de material informativo para pacientes e familiares sobre hemoglobiнопатias e coagulopatias. Organização de cadastro de unidades que realizam tratamento de coagulopatias, com lista das unidades de referência.	680.000	Paciente atendido portador de Coagulopatia Paciente atendido portador de Hemoglobiнопатia	Unidade Unidade	10.390 260
CAMPANHA DE DOAÇÃO DE SANGUE	Nova	SES	Campanha para incentivo à doação de sangue no Estado do Rio Grande do Sul.	50.000			
GERENCIAMENTO E GESTÃO DA HEMORREDE PÚBLICA	Nova	FEPPS	Proporcionar os meios para que se institucionalize no Estado uma rede intra-organizacional para garantir a disponibilidade dos serviços, a qualidade da atenção e a segurança do sangue em toda a Hemorrede, através da ampliação de áreas físicas em três serviços, aquisição de equipamentos, modernização gerencial e operacionalização dos serviços de hemoterapia e hematologia.	1.418.448	Serviço acreditado Serviço ampliado/adequado Unidade gerenciada	Unidade Unidade Unidade	4 3 4
QUALIDADE DO SANGUE	Em andamento	FEPPS	Incrementar a doação voluntária de sangue. Promover a qualificação dos profissionais da Hemorrede Pública. Implantar o sistema de qualidade e do sistema de gerenciamento de resíduos em saúde na Hemorrede Pública.	29.380.295	Doação voluntária apurada Profissional qualificado Serviço formalizado Serviço qualificado	Percentual Pessoa Unidade Unidade	64 80 4 4