

## **GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE E O PLANEJAMENTO DE LONGO E MÉDIO PRAZO NO RS: análise de caso do Rumos 2015 e do PPA 2008/11 da SES/RS<sup>1</sup>**

Rosanne Lipp João Heidrich<sup>2</sup>

**Resumo:** O artigo busca avaliar a compatibilidade entre as diretrizes propostas para a saúde pública em dois planos realizados em distintos governos no Rio Grande do Sul, um de longo prazo e de caráter estratégico e outro de médio prazo, de natureza tático-operacional. Nesse sentido, as propostas realizadas para o setor saúde pelo plano de longo prazo Rumos 2015, realizado em 2005, são comparadas a programas, ações e recursos financeiros posteriormente executados pelo Plano Plurianual 2008/2011 da Secretaria Estadual de Saúde – SES/RS. O estudo apoia-se em pesquisa documental e na análise descritiva de dados obtidos no Sistema de Planejamento e Gestão – SISPLAG e outras fontes, desenvolvida a partir de conceitos relacionados ao planejamento público. Conclui-se que, em nível conceitual, há compatibilidade entre as diretrizes dos planos. Entretanto, em termos materiais, verifica-se que no PPA 2008/2011, as metas planejadas, entre outras, nas ações Regionalização da Saúde, e na Assistência em Média e Alta Complexidade, em termos do número de leitos hospitalares, têm respectivamente, resultado insuficiente e aquém do número preconizado pela Organização Mundial da Saúde e adotado no Rumos 2015. Além disso, a disparidade entre os recursos financeiros previstos pelo plano de longo prazo e a dotação e execução no médio prazo demonstra a 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.

**Palavras chave:** Planejamento. Gestão pública. Saúde pública. Avaliação. Políticas públicas em saúde.

## **PUBLIC HEALTH MANAGEMENT AND LONG AND MEDIUM-TERM PLANNING IN RS: case study of Rumos 2015 and PPA 2008/11 of SES / RS**

**Abstract:** The article seeks to evaluate the compatibility between the proposed guidelines for public health in two plans carried out in different governments in Rio Grande do Sul, a long-term strategic and a medium-term, tactical-operational nature. In this sense, the proposals made for the health sector by the long term plan Rumos 2015, carried out in 2005, are compared to programs, actions and financial resources subsequently executed by the Pluriannual Plan 2008/2011 of the State Health Secretariat - SES / RS. The study is based on documentary research and the descriptive analysis of data obtained in the Planning and Management System - SISPLAG and other sources, developed from concepts related to public planning. It is concluded that, at the conceptual level, there is compatibility between the guidelines of the plans. However, in material terms, it is verified that in the PPA 2008; 2011, the planned goals, among others, in the actions Regionalization of Health, and in the Assistance in Medium and High Complexity, in terms of the number of hospital beds, respectively have insufficient results or less than the number recommended by the World Health Organization and adopted in Rumos 2015. In addition, the disparity between the financial resources foreseen by the long-term plan and the allocation and implementation in the medium term demonstrates the insufficiency to achieve a more favorable situation for public health assistance, which is reflected in the results of health indicators.

**Keywords:** Planning. Public administration. Public health. Evaluation. Public health policies.

<sup>1</sup> Artigo elaborado a partir da monografia apresentada para o trabalho de conclusão do curso de Especialização em Gestão Pública na Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, em 2012.

<sup>2</sup> Analista de Planejamento Orçamento e Gestão, Mestre em Planejamento Urbano e Regional, Especialista em Gestão Pública E-mail institucional: rosanne@spgg.rs.gov.br

## 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. De modo que planejar e avaliar os resultados da ação pública assume reconhecida importância na administração estatal, sobretudo em busca da equidade no alcance das políticas sociais. O que contribui para a formação de um campo de conhecimento específico para a administração pública no Brasil, uma vez que os conteúdos foram extraídos inicialmente das teorias da Administração Geral (DAGNINO, 2009, p 54),

Por outro lado, seja pela variedade de métodos e profusão de abordagens, e pela valorização das relações de mercado em contraposição às ações do Estado, “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”, conforme observou Costa (2008).

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.

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. 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, seja no médio prazo, por definir o plano orientador da gestão de governo consoante essas políticas.

A Administração Geral identifica a gestão como “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” (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 diferentes ciclos de gestão, que correspondem aos ciclos de poder político-administrativo, identificados de modo temporal como o período de quatro anos de uma gestão de governo. E, em termos do planejamento governamental, este também compreende diferentes ciclos, identificados como planejamento

de longo e médio prazo, sendo que para que os resultados do planejamento de longo prazo se materializem, sua execução deve ser organizada a partir do planejamento de médio prazo, realizado em um ou mais ciclos de gestão de diferentes governos.

Esse artigo tem por ênfase a análise de instrumentos de planejamento propostos e realizados em diferentes ciclos de gestão sobre a temática da saúde pública. 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.

Por meio da análise de caso, buscou-se realizar uma avaliação sistemática das propostas para a saúde pública no RS, contidas no plano de longo prazo RUMOS 2015 e no Plano Plurianual - PPA 2008/2011, avaliando se os programas e metas desse último corresponderam às diretrizes e às metas preconizadas pelo primeiro, contribuindo para o alcance da visão de futuro em busca de um cenário mais promissor para a atenção à saúde da população e para o desenvolvimento social do RS.

Para alcançar tais objetivos e visando qualificar a análise, buscou-se: (i) situar o contexto de realização dos planos de maneira mais ampla; (ii) descrever e comparar os processos e a metodologia empregados na realização dos planos; (iii) verificar a compatibilidade que guardaram entre si as diretrizes dos dois planos, no âmbito do tema destacado; (iv) avaliar e o alcance das metas propostas pelos planos. Para tanto, se realizou a análise de estratégias do plano de longo prazo Rumos 2015, que incluem programas para o setor saúde, respectivamente: Fortalecimento da Rede de Cidades Médias do Rio Grande do Sul e Inclusão Social, em contraponto aos programas e ações que materializaram as estratégias para o setor saúde incluídas no plano de médio prazo PPA 2008/2011 do RS.

O artigo se organiza em cinco seções além desta Introdução e da Conclusão. A primeira analisa os contextos e processos de realização dos dois planos de modo geral, na segunda seção se analisam as diretrizes e metas do Rumos 2015 para a saúde pública. Na terceira seção se abordam os programas, ações, produtos e metas do PPA 2008/2011 da Secretaria da Saúde que guardam correspondência com as diretrizes propostas pelo Plano Rumos 2015. Nas duas últimas seções se avaliam os resultados do PPA 2008/2011 do setor saúde em termos das metas e indicadores alcançados, avaliando se tais resultados foram efetivos para contribuir na materialização das diretrizes preconizadas para o setor saúde no RS, pelo plano Rumos 2015. Tais diretrizes além de constituírem metas para aprimorar a prestação dos serviços públicos em saúde representavam, ainda, estratégias para o alcance do desenvolvimento regional do Estado.

## CONTEXTO E PROCESSO DE REALIZAÇÃO DOS PLANOS

Os planos Rumos 2015 e o PPA 2008-2011 foram desenvolvidos por processos e contextos diferentes. O Rumos 2015 é um plano de longo prazo, elaborado no ano de 2005, sob a coordenação do 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.

Por sua vez, o PPA 2008/2011 consiste em um plano de médio prazo, 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 da gestão 2007/2010 do governo estadual, e envolveu os setores e atores responsáveis pelo planejamento nos diferentes órgãos da administração do Estado. A metodologia de elaboração do PPA 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.

A seguir, detalham-se as características de ambos os planos.

### O plano de longo prazo Rumos 2015

Elaborado em 2005 pelo Governo do Estado do RS, o “Rumos 2015” tratou-se de um conjunto de estudos que contemplou um plano de longo prazo. Sua denominação faz alusão ao horizonte de análise. Após a análise e o diagnóstico das desigualdades regionais e dos entraves ao desenvolvimento nos diferentes setores, o estudo 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 de sustentabilidade, globalização da economia, estabilização econômica do país e de esgotamento do modelo do Estado investidor. Assim, caracterizava 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).

A diretriz maior do plano “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 as disparidades regionais, identificadas como um dos pontos fracos do desenvolvimento econômico e social do Estado. 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, o Rumos 2015 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.

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.

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). O gerenciamento do projeto e a comunicação interna do projeto entre os profissionais estabelecidos em Porto Alegre, São Paulo e demais cidades ocorreu por meio de um site estruturado pela SCP, o que auxiliou também no armazenamento da memória dos relatórios parciais e finais.

O volume 1 do Rumos 2015 aborda “O Desafio do Desenvolvimento Regional e Estratégias para o Estado”. Neste, analisa-se detalhadamente o caráter das regionalizações no RS, desde as governamentais, empresariais e políticas, até os conflitos de governança existentes à época. 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 definiu as atuais nove Regiões Funcionais – RF de planejamento no RS<sup>3</sup>. Essa definição deu-se a partir de um sistema multicriterial de avaliação, que considerou e confrontou entre si as informações, espacializadas no território, em seis dimensões: econômica, capacitação para o planejamento e ação social, inovações, e capital social e ambiental. Estas dimensões incluíam vários indicadores, a partir dos quais foram identificados 60 polos regionais no estudo 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).

Além disso, os critérios selecionados pelo estudo Rumos 2015, 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 à 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 à saúde, como também para a promoção do desenvolvimento social mais amplo das regiões do Estado.

A Visão Estratégica para o desenvolvimento do Estado, definida através do desenvolvimento regional, incluía 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. São elas:

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

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

---

<sup>3</sup> Os Anexos 1 e 2 apresentam o mapa do RS com as nove regiões funcionais, os COREDES incluídos em cada região e as respectivas cidades polo ali localizadas.

Cada estratégia foi detalhada por meio de programas, setoriais e intersetoriais, e estes, por sua vez, detalhados em subprogramas e projetos, onde foram especificados os recursos a serem investidos em três intervalos: 2006/2007, 2008/2011, 2012/2015. Tais intervalos de tempo coincidiam 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. Dessa forma, os programas e seus projetos continham propostas importantes para superar os entraves e desafios ao desenvolvimento das regiões do Estado.

À época da realização do plano estratégico “Rumos 2015”, a administração pública estadual executava os programas e as 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 gestão de governo seguinte, como será visto a seguir.

### O Plano Plurianual 2008/2011 do Rio Grande do Sul

Em 2007, o novo governo eleito para o Governo do Estado no RS elaborou o seu plano plurianual, que vigoraria desde 2008 até o final de 2011. O “PPA 2008-2011”, instituído pela Lei Nº 12.749, de 20 de julho de 2007, definiu a ação do governo, visando ao desenvolvimento socioeconômico e à diminuição das desigualdades regionais.

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

Para sua realização, foi utilizado o Sistema de Planejamento e Gestão – SISPLAG<sup>4</sup>, 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 as informações dos órgãos setoriais a respeito do desenvolvimento dos programas, através das ações realizadas e produtos obtidos, visando ao alcance das metas bem como dos indicadores aferidos, de modo a permitir que o monitoramento do ciclo de planejamento, orçamentação e gestão do PPA, produza informações úteis para subsidiar a ação governamental, orientando-a para a execução das políticas e a redução das desigualdades, tal como prevê o Ministério do Planejamento (BRASIL, 2012).

---

<sup>4</sup> 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 Secretaria Estadual de Saúde – SES observa-se que seu número tem diminuído. Comparando-se os três últimos PPAs: 2004/2007, 2008/2011 e o 2012/2015, verificam-se, respectivamente, 22, 09 e 03 programas.

## 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, foram realizadas análises regionais com o objetivo de verificar a disponibilidade e a oferta dos serviços públicos em cada uma das regiões.

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 baseou-se no estudo “Aglomerados de Saúde no Rio Grande do Sul”, realizado, em 2002, pelo Ministério da Saúde, através da Unicamp/Nesur.

Tendo em vista o estudo aqui realizado, são consideradas as estratégias que incluem programas para o setor saúde, respectivamente: Fortalecimento da Rede de Cidades Médias do Rio Grande do Sul e Inclusão Social.

A partir dessas estratégias e dos 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 diretamente nos aspectos da assistência regional deficitária à saúde da população. Portanto, essas carências não só 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.

Entre os desafios estava 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. Diante disso, propunha-se que:

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)

Sendo assim, 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.

**Quadro 1- Estratégias, programas, projetos no setor da saúde presente no Rumos 2015 e recursos estimados (R\$ Mil)**

Estratégia	Programa	Projeto	2006/07	2008/11	2012/15	Total
Fortalecer a Rede de Cidades Médias do RS	1. Capacitação Social urbana	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
<b>Total R\$</b>			<b>181.887</b>	<b>547.303</b>	<b>716.728</b>	<b>1.445.918</b>

Fonte: Adaptado de RIO GRANDE DO SUL, 2006.

Por sua vez, nas Tabelas 1, 2 e 3, são relacionadas às metas a serem alcançadas para a saúde no RS, de acordo com o Rumos 2015. Na Tabela 1, são apresentadas as metas para leitos hospitalares, por Região Funcional, e período de investimento, considerando alcançar o coeficiente de 4,5 leitos/1000hab, recomendado pela Organização Mundial da Saúde – OMS.

**Tabela 1: Leitos hospitalares nas Regiões Funcionais- metas/periodo**

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

Fonte: Rio Grande do Sul, 2006

Dados divulgados pela SES/RS em 2005, sobre os indicadores de saúde, informam que no período entre 2000 e 2004 ocorreu uma redução do número de leitos no RS, do número total de 31.154 leitos, em 2000, no RS, esse número decresceu ano a ano somando em 2004 o total de 30.446 leitos no Estado. Ou seja, o indicador evoluiu negativamente, passando

de 3,09 leitos/1000hab em 2000, para 2,81 leitos/1000hab em 2004, de modo que havia uma defasagem da ordem de 1,6 leitos/1000hab no RS à época da realização do Plano Rumos 2015. Tal redução se deveu à orientação federal de concentrar os leitos em algumas regiões do RS junto aos recursos relacionados aos atendimentos de maior complexidade em saúde. Decisão que ocasionou o fechamento de pequenos hospitais, em cidades do interior, os quais nem sempre atendiam aos novos padrões construtivos previstos em Norma Técnica para a estrutura física dos Estabelecimentos Assistenciais à Saúde<sup>5</sup>, o que levou à concentração dos leitos nas maiores cidades do Estado, ampliando o transporte de enfermos desde suas cidades de origem às cidades maiores do RS.

Quanto ao número de médicos por 1000 habitantes, em 2005, nas 19 Coordenadorias de Saúde – CRS, do RS, esse era bastante díspar. Enquanto na 1ª CRS, que inclui a capital do Estado e os municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre havia uma grande oferta de médicos, da ordem de 3,2 médicos por 1000 habitantes em outras CRS este indicador era da ordem de 0,5 médicos/1000hab, o que demonstra a concentração do recurso, conforme dados publicados nos indicadores de recursos e cobertura pela SES/RS (Rio Grande do Sul, 2006).

Portanto, embora o indicador do número de médicos médio para o Estado, à época ultrapassasse a meta prevista pelo RUMOS 2015 (1,9/1000 médicos em média) este plano tinha por meta o alcance de uma distribuição mais equânime do recurso, empregos de médicos, nas regiões do RS. E, a Tabela 2, extraída do Rumos 2015, apresenta a demanda, em números absolutos, da ampliação de empregos de médicos por Região Funcional, por período de investimento, considerando atingir a meta do coeficiente de 10,3 empregos de médicos por 10 mil habitantes, ou 1,3 médicos por 1000 habitantes em média, no RS.

Tabela 2 - Empregos de Médicos nas Regiões Funcionais - metas/periódo

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	<b>703</b>	<b>1.007</b>	<b>1.011</b>	<b>2.721</b>

Fonte: Rio Grande do Sul, 2006

Com relação ao indicador do número de enfermeiros nas regiões do RS, verifica-se que em 2005, período da realização do Rumos 2015, o indicador médio para o RS era de 0,9/1000 hab., ou seja superior à meta de enfermeiros planejada pelo Rumos 2015 de 5,6

<sup>5</sup> RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Resolução –ANVISA

profissionais por 10 mil habitantes, ou 0,56/1000 hab, em média nas regiões do RS, até 2011. Ocorre que da mesma forma que os empregos de médicos havia concentração de empregos de enfermeiros em algumas regiões em detrimento de outras, onde a média de enfermeiros era da ordem de 0,3/1000 hab. Assim, Tabela 3 apresenta a demanda de empregos de enfermeiros, em números absolutos, considerando, a defasagem desse recurso nas regiões funcionais do RS em 2005, à época da elaboração do Rumos 2015, relativamente à ampliação prevista para a população.

Tabela 3 - Empregos de Enfermeiros nas Regiões Funcionais - metas/período

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

Fonte: Rio Grande do Sul, 2006

Por fim, na Tabela 4, apresenta-se o planejamento da expansão do Programa Saúde da Família, também por Região Funcional por período de investimento. Como meta, é traçado o aumento do 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 – SES/RS.

Tabela 4 - Expansão do Programa Saúde da Família - metas/RF

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

Fonte: Rio Grande do Sul, 2006

A partir das informações sobre os recursos financeiros (Quadro 1) e sobre as metas (Tabelas 1 a 4), faz-se possível comparar o orçamento estimado no plano de longo prazo Rumos 2015, para as ações verificadas como essenciais ao setor saúde, com o orçamento do

PPA 2008-2011 para os programas e ações que se relacionam com o alcance das metas previstas no plano de longo prazo. Também é possível comparar com as metas alcançadas pelo PPA e pelo estado como um todo. Essa análise é realizada nas seções que seguem.

## 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. As diretrizes de cada eixo orientaram a elaboração do conjunto de programas e ações finalísticos e de gestão de Estado (RIO GRANDE DO SUL, 2007, p.60). Para tanto, as 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 Assembleia Legislativa em 2007, citava que haviam sido consideradas as iniciativas anteriores de planejamento para o RS, entre as quais, a mais recente, o estudo Rumos 2015. No que diz respeito à saúde pública, afirmava-se que os esforços governamentais deveriam descentralizar a distribuição dos serviços, das cidades polo, onde havia excesso de oferta, para as cidades menores, reforçando o atendimento de saúde básica e de baixa complexidade.

Assim, entre as “Diretrizes Estratégicas do Estado” apresentadas no PPA 2008/2011 figuraram três estratégias básicas para o setor saúde: (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.

No PPA 2008/2011, a Secretaria de Estado da Saúde desenvolveu nove programas<sup>6</sup>, que representaram o desdobramento das estratégias para o setor. Entre esses programas, dois eram de gestão de políticas públicas – “Gestão e Financiamento do SUS” e “Pesquisa e Educação em Saúde”, sendo os demais programas 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- Pesquisa e Educação em Saúde,

---

<sup>6</sup> O detalhamento integral desses programas, o conjunto das ações e respectivos produtos, as metas e os indicadores esperados para o período estão incluídos na Lei 12.749 do PPA 2008/2011.

- 7- Programa Estadual de Prevenção da Violência,
- 8- Programa Primeira Infância Melhor,
- 9- Segurança Transfusional e Qualidade de Sangue.

A Tabela 5 apresenta a dotação inicial dos programas da SES/RS no PPA 2008/2011 e o valor final liquidado em 2011, em cada programa. Com relação à dotação orçamentária, observa-se que o maior volume de recursos financeiros, cerca de 1,3 bilhões de Reais, 78,5% da dotação orçamentária para a SES no PPA 2008/2011 foi orientado ao programa “Gestão e Financiamento do SUS”, conforme demonstra a Tabela 5. Este programa dá cumprimento às normas operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizando as ações e efetivando a gestão tripartite, que envolve a União, o Estado e os municípios.

O restante da dotação orçamentária da SES/RS, no PPA 2008/2011, cerca de 30% do total, foi alocado em programas finalísticos. Para as ações que tem por objetivo o tratamento de adoecimentos e agravos, que se incluem nos programas: “Assistência em Média e Alta Complexidade no Sistema de Saúde” e “Assistência Farmacêutica e Atenção Integral à Saúde”, foram destinados 25,6% dos recursos financeiros na dotação orçamentária, conforme valores apresentados na Tabela 5. E, para o conjunto as ações destinadas à prevenção em saúde, cujo objetivo é evitar a ocorrência de adoecimentos e agravos à saúde, organizadas por meio dos programas: “Implementação da Vigilância em Saúde”, “Programa Estadual de Prevenção da Violência”, “Programa Primeira Infância Melhor” e “Programa de Pesquisa e Educação em Saúde”, foram alocados 3,7% dos recursos da dotação orçamentária do PPA 2008/2011, conforme dados apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Dados Financeiros- Programas finalísticos do PPA 2008/2011- SES/RS

Programa Finalístico	Dotação %	Dotação (R\$/1000)	Liquidado (R\$/1000)	Liquidado %
Assistência em Média e Alta Complexidade no Sistema de Saúde	12,9	236.272,73	308.862,65	130,7
Assistência Farmacêutica	6,2	113.178,49	89.088,77	78,7
Atenção Integral à Saúde	6,6	120.349,54	101.305,21	84,2
Gestão e Financiamento do SUS	70,7	1.299.056,02	1.020.400,92	78,5
Implementação da Vigilância em Saúde	1,4	25.158,14	14.806,82	58,9
Pesquisa e Educação em Saúde	0,5	8.770	7.325,67	83,5
Programa Estadual de Prevenção da Violência	1,0	18.800,00	11.212,90	59,6
Programa Primeira Infância Melhor	0,8	1.526,35	16.596,64	108,7
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>1.836.848,45</b>	<b>1.569.599,61</b>	<b>85,45</b>

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

Analisando-se os valores liquidados em relação à dotação, verifica-se que dois programas ultrapassaram os valores planejados na dotação inicial: o programa de “Assistência

em Média e Alta Complexidade no Sistema de Saúde”, cuja ênfase é o tratamento e a cura das doenças e agravos à saúde, e o programa “Primeira Infância Melhor” que tem por objetivo a prevenção do adoecimento infantil. Tais programas superaram os valores planejados na dotação orçamentária, respectivamente em cerca de 30% e 8%.

Enquanto o programa “Gestão e Financiamento do SUS”, que tinha alocado na dotação orçamentária o maior recurso financeiro do orçamento da SES/RS para o PPA 2008/2011, ao final do período do PPA liquidou 78,7% do valor previsto na dotação planejada. Verifica-se, portanto, que à época do PPA 2008/2011, a descentralização dos recursos, que envolve a gestão tripartite (União, Estado e Municípios) prevista nas normas operacionais do SUS, a ser viabilizada por meio do programa “Gestão e Financiamento do SUS” não se realizou integralmente, conforme dados apresentados na Tabela 5.

No PPA 2008/2011 foram liquidados 85,45% dos recursos planejados na dotação orçamentária da SES/RS. Tal resultado se dá em contexto que prioriza o ajuste fiscal para o alcance do equilíbrio entre receita e despesa, meta da gestão do governo estadual à época.

## ANÁLISE DAS METAS PARA A SAÚDE PÚBLICA NO RUMOS 2015 E NO PPA 2008/2011

Nesta etapa, buscou-se conhecer as estratégias propostas pelo Rumos 2015 e os programas do PPA 2008/2011, com o objetivo de verificar a correspondência, entre esses instrumentos de planejamento, de modo a avaliar a compatibilidade, continuidade e o alcance das metas previstas. Na avaliação, foram considerados os programas, por meio dos seus indicadores, das ações e das metas do PPA 2008/11 relacionados diretamente ao alcance das diretrizes definidas pelo estudo de longo prazo Rumos 2015.

As metas indicadas para a saúde pública do RS pelo plano Rumos 2015 encontram correspondência nos seguintes programas da SES/RS no PPA 2008/2011:

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

Considerou-se na análise da compatibilidade entre as diretrizes definidas nos dois planos tanto as metas planejadas, como os resultados alcançados pelas ações dos programas da SES/RS ao final do período do plano plurianual. Tais resultados constam do “Relatório de Avaliação do PPA 2008/2011”<sup>7</sup> encaminhado em maio de 2012 para a Assembleia Legislativa e publicado no Diário Oficial do Estado. A seguir são analisados os resultados desses programas.

---

<sup>7</sup> Elaborado em 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)

## O Programa de Assistência em Média e Alta Complexidade (PPA 2008/2011) e as diretrizes do Rumos 2015

O “Programa de Assistência em Média e Alta Complexidade no Sistema de Saúde” 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. Com tanto, buscava facilitar o acesso da população aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, e promover a suficiência das Regiões de Saúde em serviços assistenciais de média e alta complexidade, solucionando a concentração de serviços na capital e nas cidades de maior porte. Esse objetivo vinha ao encontro das propostas do Rumos 2015. Sua meta era investir em unidades polo de atendimento para fortalecer a atenção secundária.

Portanto, verifica-se que os objetivos desse Programa são compatíveis com as estratégias propostas pelo Rumos 2015. Mas se faz necessário avaliar também se os resultados alcançaram as metas propostas.

A Tabela 6 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 6 - Indicadores do Programa de 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

Os resultados atingidos pelos indicadores refletem o resultado das ações. Entre os indicadores do Programa de Assistência em Média e Alta Complexidade que têm relação direta com a organização e oferta de serviços de saúde e demonstram um resultado superior ao esperado, estão:

- Nº de municípios com adesão ao Programa de Urgência e Emergência;
- Nº de Redes Assistências implantadas;

- Nº 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%.
- Nº de Centrais de Regulação Implantadas, cuja meta era implantar sete centrais no RS e limitou-se à implantação de uma central de regulação.

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 Violências<sup>8</sup>.

Em relação às ações do Programa de Assistência em Alta e Média Complexidade, referentes à “Regionalização da Saúde”<sup>9</sup> os produtos “Central de Regulação Assistencial Implantada”, e “Rede Assistencial Implantada” previam, respectivamente, a implantação de sete Centrais de Regulação e de onze Redes Assistenciais implantadas . Entretanto, foram implantadas apenas duas centrais e apenas uma Rede Assistencial, até 2011 - muito embora os recursos despendidos na ação Regionalização da Saúde tenham sido superiores aos previstos, conforme demonstra a Tabela 7.

---

<sup>8</sup> Política instituída no Brasil, em 2001, através da Portaria nº 737/GM/MS

<sup>9</sup> A Política de Regionalização da Saúde no país iniciou sua estruturação a partir de 1996. Entretanto, sua implementação vem ocorrendo de forma progressiva. Nesse processo, insere-se 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. 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.

**Tabela 7 - Ações do Programa de Assistência em Alta e Média Complexidade**

<b>Ação: Estruturação da Rede de Atendimento de Urgência/Emergência</b>		
	<b>Previsto 2008-2011</b>	<b>Realizado Acumulado*</b>
<b>Financeiro - R\$</b>	83.500.000,00	20.253.832,08
<b>Produto</b>		
Base de Atendimento do Salvar-SAMU implantada	24 unidades	176 unidades
<b>Ação: Recuperação e manutenção dos hospitais de pequeno porte**</b>		
<b>Financeiro - R\$</b>	15.000.000,00	0
<b>Ação: Regionalização da Saúde</b>		
<b>Financeiro - R\$</b>	68.300.000,00	513.009.700,35
<b>Produtos</b>		
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.

\*\* A ação não prevê produtos.

Observa-se, ainda, que 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, conforme a Tabela 7.

Além dessas ações, verifica-se que embora o indicador “Nº de Unidades de Atenção ao Portador de Deficiências Habilitadas”, relativo à ação “Assistência Complementar” do mesmo Programa, tenha alcançado um resultado superior ao esperado (Tabela 6), o produto relacionado à “Implantação de Unidades de Atenção à Pessoa com Deficiência” ficou aquém da meta definida no PPA (Tabela 8).

Igualmente, o resultado do produto “Percentual de construção da obra do Hospital Regional e Unidade de Reabilitação” da ação correspondente, conforme se observa na Tabela 8, demonstra que a meta não foi atingida (Tabela 8).

**Tabela 8 - Ações do Programa de Assistência em Alta e Média Complexidade**

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

Fonte: Adaptado de Rio Grande do Sul, 2012.

\* Valores acumulados apurados em 04/2012.

Para a avaliação da evolução da situação da Assistência em Saúde com relação ao número total de leitos hospitalares no RS, que diz respeito à media e alta complexidade, dados de diferentes fontes permitiram verificar qual a situação para esse indicador, à época. 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 Socioeconômico da SEPLAG/RS, e, ainda, os números atuais do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - CNES/MS, publicados no site do Ministério da Saúde.

**Tabela 9: Proporção de leitos/mil habitantes-Macrorregiões da Saúde-2002**

<b>Macrorregião</b>	<b>População (2001)</b>	<b>Nº total de leitos*</b>	<b>Leitos / 1000 hab.</b>
Centro-sul	1.090.478	2.140	<b>1,96</b>
Serra	950.772	1.860	<b>1,96</b>
Vales	880.620	2.110	<b>2,4</b>
Metropolita	4.395.359	8.850	<b>2</b>
Missioneira	890.798	2.590	<b>2,91</b>
Norte	1.095.182	3.590	<b>3,28</b>
Sul	1.006.610	2.890	<b>2,87</b>
<b>Total</b>	<b>10.309.819</b>	<b>24.045</b>	<b>2,33</b>

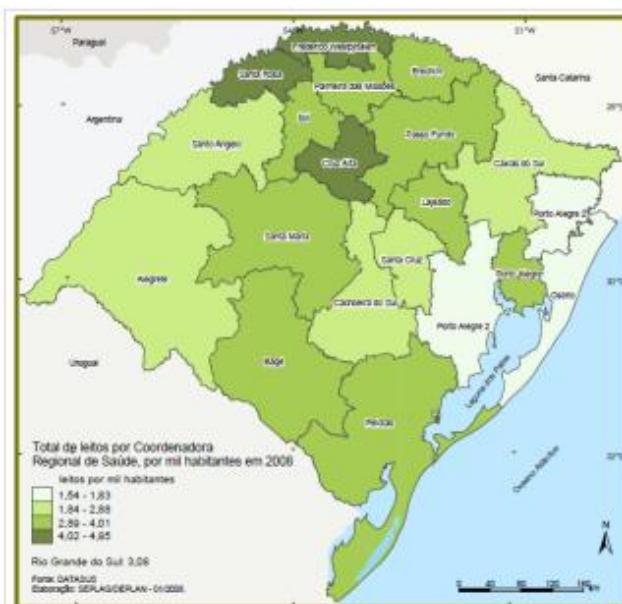
Fonte: Cadastro SIH/SUS abril/2002 e IBGE 2001.

\* Número total de leitos é distribuído em nove (9) diferentes tipos de leitos hospitalares.

A Tabela 9 apresenta, então, os dados do PDR de 2002 da SES sobre o levantamento dos leitos hospitalares por mil habitantes nas macrorregiões de saúde do estado do RS. Os resultados informam que nenhuma das macrorregiões atendia ao critério do número de Leitos 4,5 leitos/1000hab habitantes recomendado pela OMS. O que foi identificado pelo plano Rumos 2015, e tal como apresentado na Tabela 1, incluído nas metas a alcançar progressivamente em cada Região Funcional.

Por sua vez, em 2008, a Secretaria do Planejamento Gestão e Participação Cidadã – SEPLAG/RS incluiu no Atlas Socioeconômico<sup>10</sup> a espacialização dos dados sobre leitos hospitalares no RS, obtidos do Datasus. O mapa da Figura 1 informa o número de leitos hospitalares proporcionais à população (leitos/mil habitantes), nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS. 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 a Porto Alegre 2<sup>a</sup> CRS (com sede em Porto Alegre) e 3<sup>a</sup> CRS<sup>11</sup> (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.

Figura 1: Total de leitos por mil habitantes nas Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS



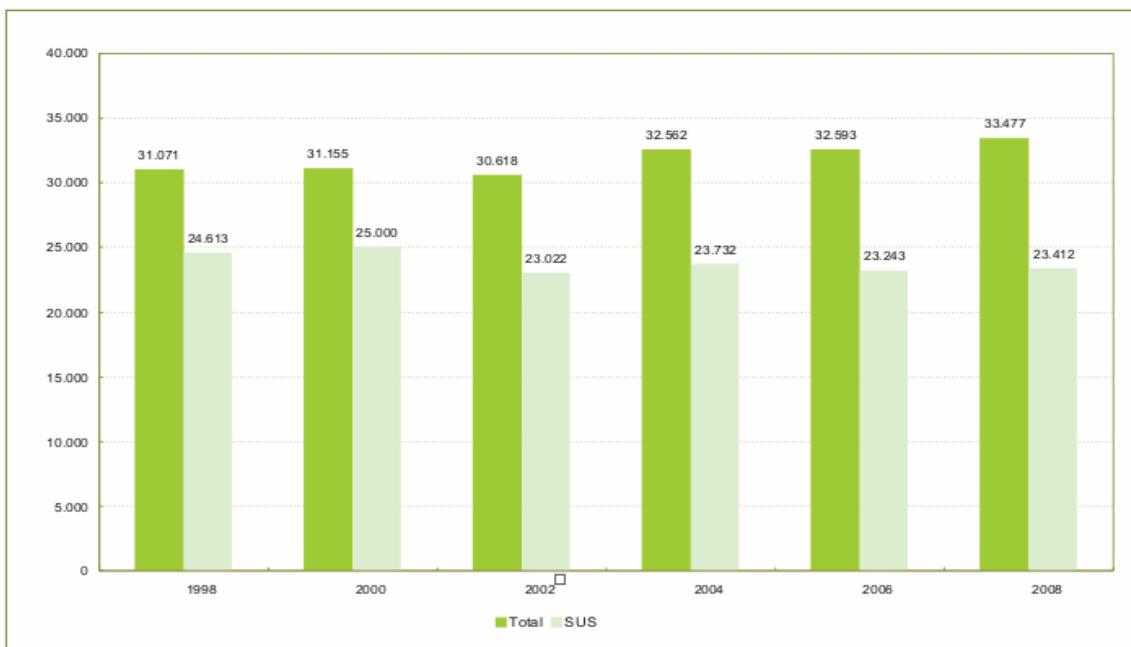
Fonte: Datasus, elaborado pela SEPLAG-2008 (Inclui leitos SUS e não SUS).

A evolução do número absoluto de leitos no RS, número total e número de leitos cadastrados no SUS, no período entre 1998 e 2008 é apresentada no gráfico da Figura 2. 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. Entre 2002 e 2008, embora o número absoluto de leitos tenha se mantido estável, em função do aumento no número da população, o número médio de leitos por mil habitantes diminuiu.

<sup>10</sup> <https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/inicial>

<sup>11</sup> Na 3<sup>a</sup> CRS grande parte dos municípios possui significativa população flutuante, no período do verão, o que aumenta a demanda por assistência à saúde e por leitos.

**Figura 2 – 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.

Já em 2012, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, do Datasus, informava o número de 30.635 para o total de leitos no RS. Desse total, 21.040 são leitos SUS. Nessas condições, considerando os dados de população dos Censos de 2000 e 2010 do IBGE, a média da proporção de leitos (SUS e não SUS) por mil habitantes, no RS, era de 2,83 leitos/1000 hab., em 2012, enquanto 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, apesar do aumento do número da população do Estado não tenha sido muito elevado.

**Tabela 10 – 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 10 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 de 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.

Simultaneamente, no período, o foco da atenção na gestão da saúde pública estadual foi 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 resolutivos, 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 na Tabela 7, até o final do PPA 2008/2011, a ação “Regionalização da Saúde” e o produto “Regulação Assistencial Implantada” não haviam atingido suas metas quanto à implantação de sete Centrais de Regulação e de onze Redes Assistenciais implantadas, tendo sido implantadas apenas duas centrais e uma Rede Assistencial até o ano de 2012.

No que diz respeito à meta de aumento no número de profissionais médicos e enfermeiros (Tabelas 2 e 3), a contratação desses profissionais passou a ser de responsabilidade dos municípios. O que à época, também resultou na descentralização de profissionais, dos quadros e carreiras do setor saúde do Estado, para atuarem nos municípios. Quanto ao número de médicos, os dados do CNES relacionados aos anos 2005 e 2011, informam que o alcançado aproximou-se das metas definidas pelo Rumos 2015, pois houve um incremento de 1644 médicos atendendo o SUS no RS, nas diferentes especialidades médicas. O número previsto pelo plano Rumos 2015, para o período 2005/2011, era de 1710 médicos. Entretanto, dado que o aumento da população no Estado foi pequeno<sup>12</sup>, de acordo com o Censo de 2010, a proporção de médicos a que se chegou foi de 13,6 por 10.000/habitantes, superando a meta prevista pelo Rumos 2015.

Já quanto ao número previsto de enfermeiros o CNES informa que em 2005 havia 5.539 enfermeiros ligados ao SUS no RS, enquanto em 2011 o número era de 6.904 profissionais. O incremento definido, pelo Rumos 2015, até o ano de 2011, para essa categoria foi de 1.642 profissionais. Entretanto, o crescimento real 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, de 5,6/10 mil habitantes em 2011, foi definida

<sup>12</sup> O crescimento da população no Estado no período 2000/2010 foi da ordem de 6% (IBGE, 2010).

considerando que os profissionais de nível médio, técnicos de enfermagem, contribuiriam para tornar satisfatória a assistência à população. A proporção registrada em 2012, incluindo os técnicos e enfermagem, era de 6,45 enfermeiros/10.000 habitantes. Eis que a meta pode ser considerada alcançada.

Cumpre observar que, embora os recursos em saúde tenham se ampliado relativamente ao número de profissionais médicos e de enfermagem, o decréscimo de leitos hospitalares no RS, no período, e falta de alcance dos produtos “Rede Assistencial Implantada” e “Central de Regulação Assistencial Implantada” da Ação “Regionalização da Saúde”, informam da continuidade na polarização da oferta de serviços assistenciais de saúde no eixo Porto Alegre – Caxias. Situação que necessitaria ser alterada para uma distribuição mais equânime da oferta de serviços em saúde, conforme havia sido detectado pelo Rumos 2015.

### **O Programa Atenção Integral à Saúde (PPA 2008/2011) e as diretrizes do Rumos 2015**

A partir da NOA-SUS<sup>13</sup> 01/2001 a prioridade da SES/RS passou a ser a implementação das resoluções federais, através do Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR/RS (2002). Entre essas, constava a implantação do Programa Saúde da Família – PSF, que passou a ser um novo paradigma para a assistência na Atenção Básica do SUS. O PSF caracteriza-se, entre outros elementos, pela busca ativa realizada junto à população adscrita à base territorial da equipe do Programa.

Sendo assim, o “Programa Atenção Integral à Saúde” do PPA 2008/2001 definiu que

O 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).

Para tal seus objetivos seriam atingidos pela ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família – ESF (antigo PSF) e pela 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 11, que as metas foram atingidas apenas com relação ao número de Equipes de Saúde Indígena. O número de equipes de Saúde da Família em atividade no Estado, no período, correspondeu a apenas 60% do total planejado, não tendo aumentado em relação ao número de equipes existentes em 2007.

---

<sup>13</sup> Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde.

Tabela 11 - Ações do Programa Atenção Integral à Saúde

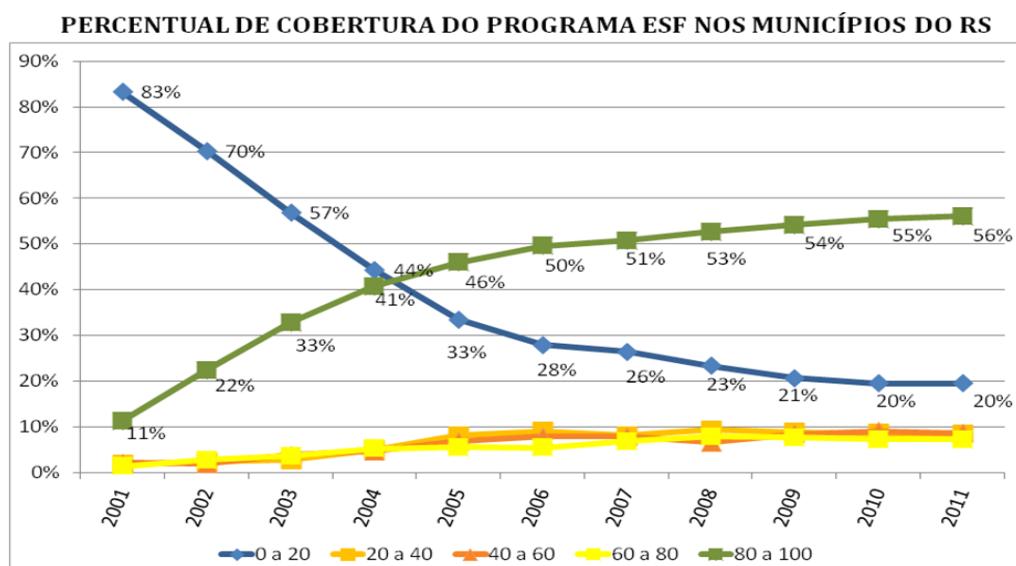
AÇÃO: Estratégia Saúde da Família		Previsto 2008-2011	Realizado Acumulado*
<b>Financeiro - R\$</b>		205.000.000,00	269.224.975,83
<b>Produtos</b>			
Equipe de agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantada		141.559	8.296
Equipe de Saúde Bucal implantada		2.052	690
Equipe de Saúde Bucal Indígena implantada		22	16
Equipe de Saúde da Família implantada		2.052	1.232
Equipe de Saúde Indígena implantada		22	22
Equipe de Saúde Prisional implantada		36	4

Fonte: Rio Grande do Sul, 2012. Adaptado de Relatório de Avaliação do PPA 2008/2011.

\* Valores acumulados apurados em 04/2012.

Para além das metas previstas no PPA 2008/2011, no que diz respeito à avaliação dos resultados alcançados, pesquisa realizada tendo por objetivo avaliar os resultados do programa Estratégia Saúde da Família - ESF no RS verificou a grande variação na cobertura do programa nos municípios do Estado, entre 2001 e 2011. O gráfico da 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.

Figura 3: Cobertura do Programa ESF no RS período 2001 a 2011



Fonte: Hoffmann et Al, 2012.

Por sua vez, a Tabela 12 informa as metas para os indicadores de saúde do Programa Atenção Integral à Saúde e os valores atingidos no período 2008/2011<sup>14</sup>. 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.

Resultados positivos foram observados 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. Já o indicador “Coeficiente de mortalidade infantil (menores de 01 ano)” evolui positivamente, ainda que não tenha alcançado a meta prevista.

Outros indicadores, contudo, demonstram baixa efetividade da Atenção Integral à Saúde. É o caso do indicador que informa a razão entre exames preventivos de cólon de útero e a população feminina entre mulheres de 25 a 59 anos, cujo resultado ficou muito aquém do esperado. Ainda, a taxa de internação por alcoolismo na população entre 10 anos ou mais, cujo indicador inicial, contrariamente ao esperado, aumentou, quando a meta seria a redução.

---

<sup>14</sup> Quando o valor do indicador não constar da Tabela, significa que não foi apurado.

Tabela 12 - Indicadores do Programa Atenção Integral à Saúde

Indicador	Unidade de Medida	Valor Inicial	Valor Esperado	Valor Apurado*
Coeficiente de gestação na adolescência (dos 11 aos 19 anos)	1/1.000	29	23	-
Coeficiente 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 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	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.

Embora o Rumos 2015 não tivesse incluído indicadores em saúde pública no seu escopo, de acordo com a Tabela 12, os resultados verificados para os indicadores de saúde, incluídos no PPA 2008/2011, revelam, na sua maioria, pequena ou inexistente alteração tendo em vista uma situação de saúde mais favorável para a população do RS.

## AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO PPA 2008/2011 DA SES/RS PARA O ALCANCE DAS DIRETRIZES PARA A SAÚDE PÚBLICA NO PLANO RUMOS 2015

Em nível conceitual, o Plano Plurianual 2008/2011 da SES/RS definiu duas estratégias diretamente compatíveis com as diretrizes do plano Rumos 2015 para o setor saúde, quais sejam: Estratégia 1 = Orientar e ampliar o acesso ao sistema de saúde pública por intermédio do Programa de Saúde da Família – PSF, e Estratégia 3 - Ampliar a capacidade e a regionalização da prestação de serviços de saúde especializada.

Embora o plano de médio prazo tenha manifestado considerar as diretrizes do plano de longo prazo, observou-se que o alcance da visão de futuro, identificada pelo Rumos 2015 dependeria também de outros fatores materiais e financeiros, que não se efetivaram. Conforme pode ser observado na Tabela 13, o valor total de fato liquidado no plano plurianual 2008/2011 pela SES/RS foi inferior ao estimado para os projetos propostos pelo Rumos 2015 para o desenvolvimento das ações no âmbito da saúde pública no período 2008/2011.

A Tabela 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, assim como seu total no período<sup>15</sup>. Foram utilizados os dados extraídos do SISPLAG, módulo Avaliação do PPA 2008/2011, bem como dados presentes no documento Rumos 2015. Os dados financeiros foram atualizados para o mês de novembro de 2012, pelo Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna (IGP-DI).

---

<sup>15</sup> O orçamento programado e o valor liquidado pela SES/RS no PPA2008/2011 inclui toda a despesa realizada pelo órgão estadual da saúde, tanto nos programas finalísticos, como no programa de Apoio Administrativo. Esse tem por finalidade a remuneração do pessoal ativo, a publicidade institucional, as despesas administrativas e a qualificação da infraestrutura.

**Tabela 13: Dados Financeiros do Rumos 2015 e do PPA 2008/2011 para metas no setor da saúde (R\$)<sup>16</sup>**

<b>Plano/Programas Saúde</b>	<b>Orçamento Programado</b>	<b>Dotação</b>	<b>Valor liquidoado (Jan/2012)</b>	<b>Valor atualizado* (Nov/ 2012)</b>
Plano Rumos 2015* (2005)	1.445.918.000,00	-	-	2.181.168.350,00
PPA SES / Programas analisados**	712.696.067,00	472.073.027,6	410.167.859,42	439.374.697,77
PPA 2008/2011 SES-RS Total***	5.672.920.865,00	2.242.868.542,52	1.821.857.683,01	1.951.586.040,00

Fontes: Adaptado de Rio Grande do Sul, 2007 e SISPLAG - SES PPA 2008/2011.

\* Orçamento do Rumos 2015 para os Projetos do setor Saúde no RS.

\*\* Total do orçamento proposto e total liquidoado na execução do Programa de Assistência em Média e Alta Complexidade no Sistema de Saúde e do Programa de Atenção Integral à Saúde, da SES-RS.

\*\*\* Considera o orçamento total da SES-RS no PPA 2008/2011.

Além disso, conforme demonstra o gráfico da Figura 6, que apresenta os recursos financeiros orçados e liquidoados nos programas do PPA 2008/2011 da SES, os recursos da Secretaria da Saúde foram concentrados no programa “Gestão e Cofinanciamento do SUS” que envolve o repasse de recursos aos municípios conforme definido pela gestão tripartite do SUS. O que demonstra ser importante a realização de estudos para analisar e avaliar da eficiência das formas de cogestão e de pactuação em saúde, buscando apoiar o desenvolvimento das políticas em saúde para o alcance da efetividade em seus resultados.

Portanto, 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 que as metas, não foram integralmente atingidas.

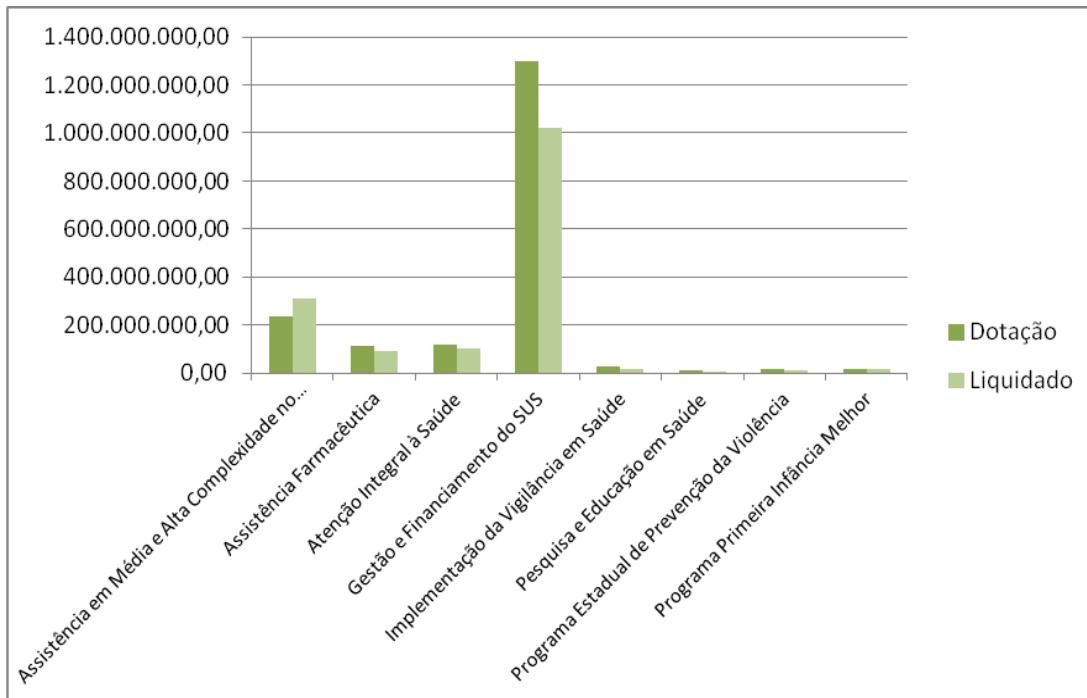
De fato, quanto aos resultados, em nível da Assistência de Média e Alta Complexidade, não houve o alcance de uma melhor situação da infraestrutura para a assistência à saúde da população. Ainda que o número de médicos e enfermeiros tenha alcançado valores compatíveis com os previstos no plano Rumos 2015, a assistência à saúde da população nas regiões, em nível de média e alta complexidade, 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. Ademais, a obra do hospital regional, em Santa Maria, cuja previsão era de estar 100% concluída em 2011, apresentava percentual de conclusão de 61%, em 2012.

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 à 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

<sup>16</sup> Valores atualizados pelo IGP/DI.

bases do programa Salvar/SAMU, alcançou 71 bases implantadas ao final do PPA 2008/2011, em municípios do interior do Estado.

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



Fonte: Adaptado de RIO GRANDE DO SUL, 2012.

Em nível da Atenção Básica, com relação à cobertura da assistência da população pelo Programa Estratégia Saúde da Família as metas tampouco foram alcançadas. A cobertura da população do Estado pelo programa não se ampliou entre 2007 e 2011, e conforme indicado no gráfico da Figura 3, apresentou grande variação entre 2001 e 2011. Isso dificultou o alcance dos objetivos do programa, à época, o que se confirma pelo resultado indesejável de alguns indicadores relacionados à Atenção Básica, como por exemplo, o “Coeficiente de nascidos vivos com baixo peso ao nascer”, e indica as dificuldades a serem supridas para tornar satisfatório o nível de Atenção Básica à saúde.

Com relação à Estratégia Saúde da Família, os motivos que levaram à descontinuidade do programa pelos municípios necessitariam ser mais bem analisados. 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, pode levar à baixa confiabilidade da população com relação ao programa.

## CONCLUSÕES

O estudo buscou analisar a compatibilidade entre o PPA 2008/2011 da SES/RS –um plano de médio prazo - e os projetos do Rumos 2015 para a saúde pública – longo prazo. Verificou-se que, embora o plano de médio prazo tenha manifestado consideração em relação às diretrizes do plano de longo prazo, o alcance da visão de futuro, identificada pelo estudo Rumos 2015, dependeria também de outros fatores importantes, tais como a ênfase dada pela gestão a determinadas ações e a dotação de recursos financeiros adequados a sua implementação. Dessa forma, embora as diretrizes conceituais do plano Rumos 2015 tenham sido observadas, conforme exposto na Mensagem do Governador no PPA 2008/2011, os recursos destinados e liquidados para atender aos programas do setor saúde não foram suficientes para o alcance das metas previstas em termos da atenção básica e da assistência em média e alta complexidade. Para que as metas previstas no Plano Rumos 2015 se materializassem, este necessitaria ser compatível com a orientação definida em nível nacional à época. Mas a política nacional em saúde, à época do PPA 2008/2011, enfatizava suprir a necessidade de assistência em saúde, por meio da ampliação da prevenção realizada na Assistência Básica, e, no âmbito da Alta Complexidade, pela regulação das internações nos hospitais dos centros urbanos maiores, em detrimento do investimento em leitos hospitalares em nível local, nas diversas regiões do Estado.

Assim, as Ações do Programa Assistência em Alta e Média Complexidade no PPA 2008/2011 se materializaram de acordo com as diretrizes federais para a Assistência em Alta e Média Complexidade, o que resultou na ampliação da implantação da Rede de Urgência e Emergência através do produto “Base de Atendimento do Salvar/SAMU”, que ultrapassou em mais de sete vezes a meta prevista para o período, e pela inexistência da aplicação dos recursos da dotação orçamentária na ação “Recuperação e manutenção dos hospitais de pequeno porte”.

Além disso, quanto à ação “Regionalização do SUS”, o quê poderia cumprir com os objetivos do Rumos 2015 sendo um fator de desenvolvimento regional, verificou-se que a mesma também não atendeu as metas previstas pois o resultado dos produtos “Central de Regulação Assistencial Implantada” e “Rede Assistencial implantada” do PPA 2008/2011 ficou muito aquém das metas previstas quanto à implantação do número de Centrais de Regulação e da

Em nível da Atenção Básica, com relação à Estratégia Saúde da Família, se observou a baixa cobertura do programa Estratégia Saúde da Família entre os municípios do Estado (56%) e um número de leitos hospitalares menor que o preconizado (2,8/1000hab) pelo Rumos 2015. Nesse caso, os motivos que levaram à descontinuidade do programa pelos municípios necessitariam ser mais bem analisados. 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, pode levar à baixa confiabilidade da população com relação ao programa.

Portanto, apesar da compatibilidade conceitual do PPA 2008/2011 com relação às diretrizes do Rumos 2015, os resultados da avaliação dos produtos e ações dos programas da SES/RS revelaram que as diretrizes consideradas importantes não só para a atenção à saúde, como também para a promoção do desenvolvimento social mais amplo das regiões do Estado, nas estratégias preconizadas pelo Rumos 2015, não tiveram respaldo suficiente na materialização das ações do PPA 2008-2011 da SES/RS. As ações desenvolvidas não foram suficientes para evitar a emigração da população em busca da oferta dos serviços de saúde, o que se verifica, ainda em 2012, pelo desempenho negativo de indicadores de crescimento demográfico em muitas regiões do RS.

A realização desse estudo de caso demonstrou 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, como o Plano Plurianual. Como agenda futura, seria importante proceder-se a análise e à avaliação das diretrizes e dos instrumentos de planejamento setoriais de médio prazo, realizados sucessivamente, em diferentes gestões de governo, para avaliar seu alcance no longo prazo. Dessa análise poderiam resultar contribuições para ampliar a eficácia no planejamento das ações na gestão pública, visando à efetividade das políticas públicas.

## REFERÊNCIAS

- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.534p.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS/ NOAS-SUS 01/2001. Portaria 95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional De Estabelecimentos De Saúde - CNES Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional De Redução Da Morbimortalidade Por Acidentes E Violências. Portaria nº 737/GM/MS. 2001
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária –ANVISA Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível:<https://www20.anvisa.gov.br/securancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-50-de-21-de-fevereiro-de-2002>. Acesso em 16/11/2012
- \_\_\_\_\_. 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.

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

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](http://www.enap.gov.br/files/Caderno_EIAPP_Planejamento_Estrategico.pdf) Acesso em 20/11/2011

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](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_20_artigoespecial.pdf) Acesso em: 26/10/2012

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

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

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Porto Alegre. Julho de 2002.

Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rede Estadual de Análise e Indicadores de Saúde. A Saúde da População do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. CEVS. 2006

. 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-DCAPE. 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-DCAPE. Porto Alegre: SCP, 2006. 473p

. 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 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 do Planejamento, Gestão e Participação Cidadã. Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul. Disponível em:  
<https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/inicial>. Acesso: 10/11/2012

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

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.