

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

CLÁUDIA DE MENEZES VIDAL PAIVA

**ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2012-2015: O CASO GOIÁS**

**GOIÂNIA-GO
2015**



Termo de Ciência e de Autorização para Disponibilizar as Teses e Dissertações Eletrônicas (TEDE) na Biblioteca Digital da UFG



Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Cláudia de Menezes Vidal Paiva		
E-mail:	claudiamenezesvidal@gmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Vínculo empregatício do autor	Secretaria de Estado da Saúde de Goiás		
Agência de fomento:		Sigla:	
País:	Brasil	UF: GO	CNPJ: 02. 529. 964. / 0001 - 57
Título:	Análise do processo de implementação do Plano Estadual de Saúde 2012-2015: O caso Goiás		
Palavras-chave:	Planejamento em saúde; Plano Estadual de Saúde; Gestão Estratégica; Políticas Públicas; Descentralização.		
Título em outra língua:	Analysis of the implementation process of the State Health Plan 2012-2015: The Goiás case.		
Palavras-chave em outra língua:	Health planning; State health plan; Strategic Management; Public Policies; Decentralization.		
Área de concentração:	Gestão dos sistemas e serviços de saúde		
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	16/12/2015		
Programa de Pós-Graduação:	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Profissional em Saúde Coletiva		
Orientador (a):	Dr ^a . Edsaura Maria Pereira		
E-mail:	edsauramaria@gmail.com		
Co-orientador (a):*	Dr. Nelson Bezerra Barbosa		
E-mail:	nelsonbbarbosa@gmail.com		

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Liberação para disponibilização?¹ total parcial

Em caso de disponibilização parcial, assinale as permissões:

Capítulos. Especifique: _____

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Assinatura do (a) autor (a)

Data: ____ / ____ / ____

¹ Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso.

CLÁUDIA DE MENEZES VIDAL PAIVA

**ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2012-2015: O CASO GOIÁS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Edsaura Maria Pereira

Coorientador: Prof^o. Dr. Néilson Bezerra Barbosa

GOIÂNIA-GO

2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

Vidal, Cláudia de Menezes

Análise do processo de implementação do Plano Estadual de Saúde
2012-2015 [manuscrito] : : O caso Goiás / Cláudia de Menezes

Vidal. - 2016.

cxxxiii, 133 f.

Orientador: Profa. Dr^a. Edsaura Maria Pereira; co-orientador Dr. Dr.
Nelson Bezerra Barbosa.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró-reitoria de
Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
(Profissional), Goiânia, 2016.

Bibliografia. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, lista de figuras.

1. Planejamento em saúde. 2. Plano Estadual de Saúde. 3. Gestão
estratégica. 4. Políticas Públicas. 5. Descentralização. I. Pereira, Dr^a.
Edsaura Maria, orient. II. Barbosa, Dr. Nelson Bezerra, co-orient. III.
Título.

CLÁUDIA DE MENEZES VIDAL PAIVA

**ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2012-2015: O CASO GOIÁS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 16/12/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Edsaura Maria Pereira – Orientadora e Presidente
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

Prof^a. Dra. Edlaine Faria de Moura Villela – Membro Efetivo Externo
Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira – Membro Efetivo Interno
Faculdade de Educação - Universidade Federal de Goiás

Prof^a. Dra. Nilza Alves Marques - Membro Suplente Interno
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Goiás

Prof^a. Dra. Maria Lucia Carnellosso - Membro Suplente Externo
Faculdade de Medicina – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. Nelson Bezerra Barbosa – Coorientador
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Goiás

DEDICATÓRIA

A Deus pela sua infinita sabedoria, ao meu amado esposo Cid Paiva pela paciência, incentivo e amor que me tem dedicado, aos meus queridos pais Solange Menezes e Cláudio Vidal pela vida, educação e o carinho que sempre me ofertaram e pela memória do meu diletíssimo avô, Dr. Guilhebaldo Almeida de Menezes, médico clínico geral.

AGRADECIMENTOS

A Deus que, em todos os momentos, sentia-O tão presente e, principalmente, nos mais difíceis, concedendo-me amor, fé, paz, força, perseverança, e esperança.

À Nossa Senhora, Maria Santíssima, da qual sou grande devota, por sua poderosa intercessão.

À minha Orientadora Profª Dra. Edsaura Maria Pereira por ter acolhido a minha proposta e ter me acompanhado nesta trajetória tão importante em minha vida, pela atenção e ensinamentos relevantes.

Ao meu Prof. e Coorientador Dr. Néelson Barbosa Bezerra pelas suas contribuições valorosas e por me ajudar a construir um novo olhar sobre o planejamento.

À Profª. Dra. Ivete Santos Barreto por ter participado da minha Banca de Qualificação, pela sua competência e considerações importantes que me permitiram aprimorar o meu estudo.

Ao Prof. Dr. Elias Rassi por ter participado da minha Banca de Qualificação e pelas suas inúmeras contribuições acerca deste estudo como mestre e grande gestor.

À Profª. Dra. Edlaine Faria por aceitar participar da minha Banca de Defesa e por suas contribuições.

À Dra. Maria Lucia Carnellosso por ter aceito o convite para participar da minha Banca de Defesa, pela sua capacidade técnica, referência como profissional dedicada e grande idealizadora do SUS.

Ao Prof. Dr. Ricardo Teixeira por ter aceito o convite para participar da minha Banca de Defesa e pelos conhecimentos transmitidos durante o curso.

A todos os professores do Curso de Mestrado Profissional pela dedicação e ensinamentos e aos meus colegas de turma com os quais pude aprender muito e compartilhar conhecimentos e experiências.

Aos Profissionais da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás pelo apoio e colaborações.

Aos meus queridos irmãos José Dagoberto, Aluysio Antônio, Maria Teresa e Maria Beatriz e às minhas cunhadas Maria Aparecida e Sandra pelo estímulo e a motivação.

Aos meus sobrinhos Maria Paula, Aluysio Filho e Michelle pelo carinho que sempre me deram.

Ao meu tio Guilhebaldo Almeida de Menezes Júnior e, por meio de sua pessoa, aos demais membros de minha família, presentes em minha história e na minha jornada neste mundo.

E a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para o alcance desta grande conquista em minha vida, o meu eterno agradecimento.

SABEDORIA 9

Oração de Salomão para obter a sabedoria

“Deus de nossos pais, e Senhor de misericórdia, que todas as coisas criastes pela vossa palavra, e que, por vossa sabedoria, formastes o homem para ser o senhor de todas as vossas criaturas, governar o mundo na santidade e na justiça, e proferir seu julgamento na retidão de sua alma, dai-me sabedoria que partilha do vosso trono, e não me rejeiteis como indigno de ser um de vossos filhos.

Sou, com efeito, vosso servo e filho de vossa serva, um homem fraco cuja existência é breve, incapaz de compreender vosso julgamento e vossas leis; porque qualquer homem, mesmo perfeito, entre os homens, não será nada, se lhe faltar a sabedoria que vem de vós. Ao vosso lado está a sabedoria que conhece vossas obras; ela estava presente quando fizestes o mundo, ela sabe o que vos é agradável e o que se conforma às vossas ordens.

Fazei-a, pois, descer de vosso santo céu, e enviai-a do trono de vossa glória, para que, junto de mim, tome parte em meus trabalhos, e para que eu saiba o que vos agrada. Com efeito, ela sabe e conhece todas as coisas; prudentemente guiará meus passos e me protegerá no brilho de sua glória. Assim, as minhas obras vos serão agradáveis.

Quem conhece vossas intenções, se vós não lhe dais a sabedoria, e se do mais alto dos céus vós não lhe enviáis vosso Espírito Santo? Assim, se tornaram direitas as veredas dos que estão na terra; os homens aprenderam as coisas que vos agradam e pela sabedoria foram salvos.”

(Cf Sab 9,1-18)

PAIVA, CMV. **Análise do processo de implementação do Plano Estadual de Saúde 2012-2015: O caso Goiás.** [Dissertação] Goiânia (GO): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, Goiânia; 2015.

RESUMO

Para que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja efetivado e possa corresponder a todos os princípios doutrinários e organizativos para o qual foi criado, é necessário que o mesmo seja bem estruturado. Nesse sentido, percebem-se os esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde em busca de fortalecer e institucionalizar a atividade de planejamento, por meio da elaboração e implantação dos seus instrumentos de planejamento, considerada de grande importância na medida em que se configura um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS. Este estudo objetivou analisar o Processo de Implementação do Plano Estadual de Saúde de Goiás para o quadriênio de 2012-2015, bem como responder às seguintes questões: De que forma vem se desenvolvendo o processo de implementação do Plano Estadual de Saúde 2012-2015? Qual a metodologia de trabalho utilizada na elaboração do Plano? De que forma se estruturou o processo de monitoramento e avaliação das Programações Anuais de Saúde? Quais as facilidades e dificuldades identificadas no processo de implementação do PS? A estratégia escolhida para a investigação foi o estudo de caso, tipo exploratório. É uma pesquisa qualitativa na qual a autora utilizou como fonte de dados secundários: Programações Anuais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão. A coleta de dados foi realizada por meio de duas matrizes que permitiram o monitoramento da situação da execução das metas, identificando os seguintes aspectos: a diretriz, a meta, o percentual de execução da meta, a área responsável e os fatores facilitadores e inibidores da execução. O referencial teórico utilizado se fundamentou em conceitos e abordagens sobre o planejamento estratégico situacional de Carlos Matus, o Postulado da Coerência de Mário Testa e o Agir Comunicativo de Habermas. Realizou-se, ainda, um percurso teórico sobre as políticas públicas e os elementos que as constituem. Outro ponto relevante abordado foi o conceito de gestão estratégica, uma gestão orientada para resultados, diretamente relacionada à implementabilidade das políticas e programas de governo, num ambiente marcado por limitações crescentes ao modelo de financiamento do desenvolvimento a partir de recursos fiscais. Apresentou-se, também, o arcabouço legal do planejamento do Governo e do SUS. Os resultados evidenciados demonstram que o processo de institucionalização do Planejamento, por meio da implementação do Plano Estadual de Saúde e dos demais instrumentos de planejamento do SUS, ainda não foi efetivado na SES-GO. Citam-se, ainda, as diversas iniciativas e estratégias desenvolvidas pelas instâncias gestoras do SUS na busca pela incorporação dos referidos instrumentos. Enfatiza-se a necessidade de melhoria das práticas de trabalho da Gestão do SUS em Goiás, por meio da ampliação dos espaços de diálogo e negociação, capacitando as áreas técnicas e promovendo parcerias com instituições de ensino.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde; Gestão Estratégica; Descentralização; Políticas Públicas; Tecnologia de Gestão; Plano Estadual de Saúde.

PAIVA , CMV . **Analysis of the implementation process of the State Health Plan 2012-2015 : The Goiás case** [Dissertation] Goiânia(GO): Post-Graduate Program in Public Health, Universidade Federal de Goiás, Goiânia; 2015.

ABSTRACT

For the Brazilian Health System (SUS) to be effective and able to meet all doctrinal and organizational principles for which it was designed, it needs to be well structured. In this sense, we realize that the efforts made by the Health Ministry in order to strengthen and institutionalize planning, through the elaboration and implementation of their planning instruments, considered as of great importance taking into account that it is a relevant management mechanism which aims at giving directionality to the consolidation process of SUS. This study aimed at analyzing the implementation process of the State Health Plan of Goiás for the four-year period of 2012-2015, as well as answering the following questions: how is the implementation process of the State Health Plan 2012-2015 being developed? (b) which methodology is used to design the plan? c) How structured is the monitoring and evaluation process of the Annual Schedules of health? d) What advantages and difficulties were identified in the implementation process of the Health Plan? This is a case study, exploratory qualitative research in which the author used as a secondary data source: The Annual Health Schedules and Annual Management Reports. Data was collected through two sources which allowed monitoring implementation of the goals, identifying the following aspects: the guideline, the goal, the percentage of implementation of goals, the area and the factors which are responsible for facilitating and inhibiting execution. The theoretical framework used was based on concepts and approaches on Carlos Matus's situational strategic planning, Mario Testa's Assumption of consistency and Habermas's communicative action. We also analyzed theoretical course on public policies and their constituting elements. Another relevant point discussed was the concept of strategic management, result-oriented management, directly related to the implementability of government policies and programs, in an environment marked by increasing limitations to development funding from fiscal resources. We also presented the legal framework of the Government and the SUS. The results show that the process of institutionalization of planning, through implementation of the State Health Plan and other planning instruments of SUS, has not been effective yet in SES-GO. It is mentioned the various initiatives and strategies developed by managing instances of SUS in the search of incorporation of such instruments. We emphasize the need to improve working practices of management of SUS in Goiás, through the expansion of room for dialogue and negotiation, enabling the technical areas and promoting partnerships with educational institutions.

Keywords: health planning; Strategic Management; Decentralization; Public Policies; Management technology; State health plan.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASDI - Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento
ASIS – Análise da Situação de Saúde
CENDS - Centro de Estudos de Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela
CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina
CES – Conselho Estadual de Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONSAD – Conselho Nacional de Administração
COSEMS - Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
CPPS – Centro Pan-Americano de Planejamento de Saúde
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DAGEP – Departamento de Gestão Estratégica e Participativa
DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DEMAGS - Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
DEMÁS – Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS
DOGES - Departamento Nacional de Ouvidoria
E-CAR - Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados
EUA – Estados Unidos da América
FESP – Funções Essenciais de Saúde Pública
GEPLAN – Gerência de Planejamento
GM – Gabinete do Ministro
GPR – Gestão Orientada para Resultados
ILPES - Instituto Latino Americano de Planificação Econômica e Social
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentária
LOA – Lei Orçamentária Anual
M&A – Monitoramento e Avaliação

MML – Método do Marco Lógico
MP-GO – Ministério Público do Estado de Goiás
MS – Ministério da Saúde
OEA – Organização dos Estados Americanos
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PARTICIPASUS - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa
PAS – Programação Anual de Saúde
PDRI – Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PLANEJASUS – Sistema de Planejamento do SUS
PNS – Plano Nacional de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PS – Plano Estadual de Saúde
RAG – Relatório Anual de Gestão
RIMA - Rede Interfederativa de Monitoramento e Avaliação
RMG – Região Metropolitana de Goiânia
SARGSUS – Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão
SEFAZ – Secretaria de Estado da Fazenda
SEGPLAN – Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento
SERPRO - Serviço Federal de Processamento de Dados
SESAU/AL – Superintendência de Atenção à Saúde de Alagoas
SES-GO - Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
SGP – Secretaria de Gestão Participativa
SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGPF –Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças
SISPACTO – Sistema de Monitoramento do Pacto pela Saúde
SPT – Saúde para Todos
SUS – Sistema Único de Saúde
TAUMD – Termo de Autorização para Utilização e Manuseio de Dados
TCG - Termo de Compromisso de Gestão
TCGE – Termo de Compromisso de Gestão Estadual

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Matriz de monitoramento dos instrumentos de planejamento do SUS.....	52
Figura 2: Demonstração do preenchimento da matriz de monitoramento.....	53
Figura 3: Matriz (score) de tabulação dos dados	54
Figura 4: Demonstração do preenchimento da matriz de tabulação de dados (Figura 3).....	55
Figura 5: Matriz de estrutura lógica	71
Figura 6: Quadro de metas estabelecidas nos instrumentos de planejamento do SUS – 2012-2014.....	72
Figura 7: Resultado geral do monitoramento das metas constantes do PS SES- GO 2012-2015	74
Figura 8: Quadro das diretrizes com maior e menor número de metas planejadas e com maior número de metas concluídas	75
Figura 9: Quadro-síntese de diretrizes do PS 2012-2015	75
Figura 10: Quadro-síntese dos elementos facilitadores da implementação do PS 2012-2015	78
Figura 11: Quadro-síntese dos elementos inibidores da implementação do PS 2012-2015	80
Figura 12: Sinalizadores de Monitoramento	93
Figura 13: Escore dos status alcançado.....	96

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	15
2 INTRODUÇÃO	18
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 Objetivo Geral	21
3.2 Objetivos Específicos	21
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
4.1 Trajetória histórica do planejamento em saúde.....	32
4.2 Arcabouço Legal do Planejamento do Governo e do SUS.....	41
5. METODOLOGIA	47
5.1 Estratégia Metodológica	47
5.2 Descrição do Local do Estudo.....	47
5.2.1 Estrutura Organizacional da SES-GO	48
5.3 Objeto da Pesquisa	51
5.4 Técnica de Coleta de Dados	52
5.5 Análise de dados.....	56
5.6 Aspectos Éticos.....	58
6. RESULTADOS / DISCUSSÃO	61
6.1 Análise do Desenho Metodológico da Elaboração do Plano Estadual de Saúde 2012-2015.....	61
6.1.1 Aplicação do Método do Marco Lógico (MML)	70
6.2 Análise dos Resultados Alcançados com a Implantação do PS 2012-2015	71
6.2.1 Principais elementos que influenciaram no processo de implementação do PS 2012-2015	77
6.3 Processo de Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos do Planejamento do SUS.....	83
6.3.1 Iniciativas/Estratégias Ministeriais para a Institucionalização do Processo de Monitoramento e Avaliação Correlacionados com os Instrumentos de Planejamento do SUS	86

6.3.2 Iniciativas/Estratégias Ministeriais para a Institucionalização do Processo de Monitoramento e Avaliação Específicas dos Instrumentos de Planejamento do SUS.....	94
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
8 REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICES	109

APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

No exercício da carreira pública, é comum deparar-se com diversas situações que remetem à reflexão sobre que caminho se deve seguir, qual a melhor opção para resolver determinada situação, na qual existem várias necessidades, recursos escassos e tempo determinado para se dar respostas precisas e resolutivas.

Trabalhar no SUS reforça a idéia de que se precisa estar preparado para um novo formato de gestão pública, em que os atores envolvidos tomam decisões de forma descentralizada, com uma maior autonomia de ação, visando desenvolver os seus processos com criatividade e ousadia na busca de soluções.

Por ter participado da equipe de elaboração e consolidação do Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2012-2015 e pela relevância desse instrumento de planejamento para o setor saúde, a pesquisadora escolheu como tema do projeto: Análise do processo de implementação do Plano Estadual de Saúde 2012-2015: O caso Goiás.

A necessidade de realização deste estudo surge uma vez que se observa que o plano nem sempre é utilizado para nortear o planejamento e a programação de ações e serviços de saúde considerados necessários para a melhoria da saúde da população.

Ao longo dos anos de implantação do SUS, essa atividade de planejamento que deveria ser integrada entre os gestores, ascendente, do nível local até o federal, foi pouco realizada da forma como previam as normas, apesar de os gestores, na sua esfera de gestão, terem elaborado, individualmente, seus instrumentos de planejamento (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009).

A relevância do tema, compreendido na linha de pesquisa – Gestão de Sistemas e Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde, provém da importância que o referido instrumento de planejamento tem por definir e priorizar as ações e serviços que deverão ser desenvolvidos no Estado, visando ao atendimento das crescentes demandas de saúde da população; à educação permanente dos profissionais do SUS e à garantia do financiamento.

Por conseguinte, vislumbra-se a utilização do Plano como um meio de otimização de recursos humanos, materiais e financeiros; de análise de ambiências; de prospecção de futuro; de orientação e transparência do processo de gestão do SUS e de foco nas reais necessidades de saúde da população.

INTRODUÇÃO

2 INTRODUÇÃO

O Processo de Construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem, ao longo desses anos, exigido grandes esforços e enfrentado inúmeros desafios para que se cumpram os seus princípios de universalidade e integralidade e equidade. Sobretudo, se considerar como imagem-objetivo a de um Sistema de Saúde que atenda a toda população, em todas as suas necessidades de saúde, de acordo com o seu perfil epidemiológico, ofertando serviços com qualidade independente do poder aquisitivo dos cidadãos, tendo como pressupostos a promoção, proteção e recuperação da saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009).

Mas, para que esse Sistema seja efetivado e possa corresponder a todos os princípios doutrinários e organizativos para o qual foi criado, é necessário que o mesmo seja bem estruturado, demandando que as instâncias gestoras do SUS possam exercer as suas inúmeras funções, tais como: a formulação de políticas, o planejamento, a gestão compartilhada, a regulamentação e a normatização, a garantia e a regulação do acesso aos serviços de saúde, a organização regionalizada da rede de serviços de saúde, o monitoramento e a avaliação.

Nesse cenário, o planejamento no setor saúde adquire maior importância, na medida em que se configura um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS, tendo como um dos seus principais instrumentos, o Plano de Saúde.

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, define-se como Plano de Saúde o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O referido instrumento é obrigatório e deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde em cada esfera de gestão. Considerado a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde, o Plano Estadual de Saúde (PS) deverá ainda explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de repasse de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES).

Este projeto pretendeu descrever e analisar o processo de implementação do Plano Estadual de Saúde para o quadriênio de 2012-2015, respondendo às seguintes questões: Qual a metodologia de trabalho utilizada na elaboração do Plano? De que forma vem se desenvolvendo o processo de implementação do Plano Estadual de Saúde 2012-2015? Como se estruturou o processo de monitoramento e avaliação das Programações Anuais de Saúde (PAS)? Quais as facilidades e dificuldades identificadas no processo de implementação do PS?

Ao final do estudo, pretende-se apresentar os resultados evidenciados, a partir da avaliação da implantação das ações contempladas no Plano para gestores e equipes de planejamento da SES-GO, dando ênfase à importância da institucionalização do mesmo como instrumento de planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde no Estado de Goiás, bem como um relatório final à Instituição, elaborando propostas que possam intervir, de forma efetiva, na melhoria dos indicadores de saúde da população.

Outro aspecto de grande relevância a ser ressaltado consiste na sensibilização da necessidade de participação das instituições de ensino junto às instituições gestoras do SUS, quanto à elaboração dos seus instrumentos de planejamento com metodologias específicas, contribuindo não somente para a formação/preparação técnica de profissionais, mas para reflexões e avaliações da prática do planejamento nas organizações de saúde e a produção de novos conhecimentos acerca do tema.

Portanto, esta pesquisa apresenta os objetivos a seguir.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o Processo de Implementação do Plano Estadual de Saúde para o quadriênio de 2012-2015.

3.2 Objetivos Específicos

- Compreender o desenho metodológico pertinente à elaboração do PS.
- Analisar as estratégias de monitoramento das Programações Anuais de Saúde (PAS), bem como os instrumentos e as metodologias de avaliação da execução das Programações Anuais de Saúde.
- Avaliar os elementos que facilitam ou dificultam a utilização do Plano Estadual de Saúde na Secretaria de Saúde de Goiás.

REFERENCIAL TEÓRICO

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Descreve-se aqui o planejamento em saúde, evidenciam-se conceitos, concepções teórico-metodológicas, combinando saberes e tecnologias, pressupondo elucidar a sua importância para a Gestão Pública no desenvolvimento, implantação e implementação de políticas públicas, cada vez mais resolutivas.

Planejar e implementar ações não são tarefas simples, prescritivas e normativas. Muitas vezes, o planejamento é “ingenuamente” apresentado como um processo para se estabelecer objetivos e determinar o que precisa ser feito para alcançá-los. Ocorre que planejar é um jogo político e estratégico que requer mais do que a ampliação da área de convergência de esforços, da racionalização do uso de recursos ou da presteza para reagir aos efeitos indesejados da implementação (FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO, 2013).

No sentido de conceituar a palavra planejar, Matus (1993) define planejamento como tentar submeter à vontade dos atores envolvidos o curso encadeado dos acontecimentos cotidianos, os quais determinam uma direção e uma velocidade à mudança que, inevitavelmente, experimenta um país em decorrência de suas ações.

Para Oliveira (2006), o planejamento em políticas públicas tem que ser visto como um processo, e não como um produto técnico somente, da qual resultam planos e, se necessário, editam leis e determinam orçamentos, como se isso garantisse a implementação automática dos mesmos e impactasse em resultados positivos na situação de saúde da população.

Para melhor compreender essa correlação, inicia-se com a definição do que vem a ser políticas públicas, enfatizadas por Laswel (1936), mencionando que decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

Para Easton (1953, p.130), “política é uma teia de decisões que alocam valor.” Jenkins (1978, p. 15) a define como: “conjunto de decisões interrelacionadas, concernindo à seleção de metas e aos meios para alcançá-las, dentro de uma situação especificada”.

Peters (1986) refere-se à política pública como soma de atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, influenciando a vida dos cidadãos.

Logo, a política pública coloca o governo em ação, propondo mudanças de rumo, quando necessário, entendendo que seja qual a forma adotada pelo governo para planejar suas ações, essas se concretizam por intermédio das políticas públicas, que se subdividem em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistemas de informação e pesquisas.

Além dos governos, outros segmentos se envolvem na produção de políticas públicas tais como os grupos de interesse e os movimentos sociais, cada qual com maior ou menor grau de influência, a depender do tipo de política formulada e dos acordos que integram o governo.

Segundo Lowi (1964, p.677), a política pública pode assumir quatro formatos: políticas distributivas – decisões tomadas pelo governo que, desconsiderando a questão dos recursos limitados, geram impactos mais individuais do que universais, ao privilegiar certos grupos sociais ou regiões; políticas regulatórias - são as mais visíveis ao público, envolvendo burocracia, políticos e grupos de interesse; políticas redistributivas - são, em geral, as políticas sociais universais, que, atingindo maior número de pessoas, impõem perdas concretas no curto prazo para certos grupos sociais e ganhos incertos no futuro para todos e políticas constitutivas, que lidam com procedimentos.

Para cada conjuntura é adotado um tipo de política, exemplo: as políticas estratégicas estão sob controle total dos tecnocratas, sem espaços de participação da sociedade, como ocorre no caso da política econômica, tributária etc. Dessas políticas, que definem fontes de recursos, decorrem várias outras, sendo necessária a sua democratização.

O processo de formulação e implementação das políticas públicas constitui um ciclo, composto por quatro estágios que se retroalimentam: Construção de agenda - momento esse em que são definidos os problemas, assuntos ou demandas a serem incluídos na pauta da política atual; Formulação da política - é quando se examina o problema e se levantam as possíveis alternativas para a sua solução, avaliando os custos e os possíveis efeitos de cada alternativa e estabelecendo as prioridades;

Implementação da política - compreende as decisões e ações para fazer com que uma política saia do papel e funcione efetivamente: definindo o arranjo institucional para a execução, planejamento e organização dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos, elaboração de programas e projetos para a execução da política, e Monitoramento e avaliação – O monitoramento consiste em um processo sistemático de supervisão da execução de uma atividade, objetivando fornecer informações para possíveis correções, visando ao alcance dos objetivos. É considerado, por alguns autores, um instrumento de gestão aplicado durante toda implementação e não uma fase específica. A avaliação, vista como a última etapa do ciclo, consiste na mensuração e análise, *a posteriori*, dos efeitos produzidos na sociedade pelas políticas públicas, especialmente, no que diz respeito às realizações obtidas e às consequências previstas e não previstas (SARAVIA, 2006).

Referente ao ciclo das políticas públicas, apresentam-se aqui algumas visões da prática ou de escolas de pensamento enfatizando que as falhas nos resultados de políticas públicas provêm da dissociação que se faz entre elaboração e implementação no processo de planejamento.

Uma primeira escola analisa a visão do processo de planejamento de políticas públicas associado a atividades de elaborar planos. Uma vez que terminem essas etapas, pressupõe-se que, automaticamente, as ações planejadas serão implementadas e atingirão os resultados esperados, ou seja, se o plano foi bem-feito e o orçamento tiver sido aprovado, o resultado será bom. Logo, para as políticas públicas alcançarem os resultados esperados, basta ter bons planejadores, com visão de futuro etc (OLIVEIRA, 2006).

Outra visão de planejamento reconhece o papel da implementação, mas ainda enfatiza a elaboração de planos como chave primordial para o sucesso de políticas públicas, acreditando que muitos dos bons planos fracassam, porque houve problemas técnicos na implementação, foram sabotados ou não foram implementados exatamente de acordo com o que foi indicado no plano (OLIVEIRA, 2006).

Uma versão um pouco mais moderna dessa visão de planejamento tenta adicionar um componente de implementação no plano. Com isso, priorizam-se alguns mecanismos de gestão dos planos, como monitoramento, auditorias, reuniões de acompanhamento, para garantir que o que foi planejado seja executado. Porém,

devido à ocorrência de alguns problemas institucionais, o resultado esperado não é alcançado.

Segundo ainda o referido autor (OLIVEIRA, 2006, p.276), para uma visão populista, ou politicamente correta, tem-se o planejamento com total ênfase na participação da população ou sociedade civil na implementação dos planos:

Essa visão está em moda nos últimos anos, principalmente com as organizações multilaterais e alguns setores do governo. Aqui os beneficiários têm que ajudar a monitorar o projeto, denunciar, participar de assembléias etc. Muitas vezes criam-se “conselhos populares” para decidir e acompanhar ou chamam a sociedade e empresas para ajudar.

Com a exposição dessas visões, percebe-se que o planejamento ainda é considerado como a arte de fazer planos, separando a elaboração da implementação de políticas públicas.

Para Mannor (1999), vários são os aspectos existentes visando diferenciar o processo de planejamento de políticas públicas entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, limitando-o, como: aspectos político-institucionais - o sistema político, considerado o Estado e a sociedade, nos países em desenvolvimento não estão articulados e nem funcionando de maneira apropriada; Capacidade financeira - Os países em desenvolvimento têm menos recursos para serem aplicados nas diversas áreas, com isso a capacidade desses países de levar adiante políticas públicas de maneira que tenham resultados efetivos é restringida; Capacidade Técnica – faltam recursos humanos capacitados e motivados, equipamentos, experiência e competência técnica dos órgãos responsáveis para planejar as políticas públicas.

Percebe-se, ao longo da história, que o planejamento vem mudando as suas concepções, antes considerado um instrumento técnico, depois, um instrumento político, servindo como instrumento de mudança social e de advocacia, principalmente em favor dos interesses dos menos favorecidos social e politicamente (DAVIDOFF, 1965). Posteriormente, surge o conceito de planejamento colaborativo, que busca um processo de construção de confiança nas decisões do planejamento de políticas públicas (HEALEY, 1997).

Atualmente, os desafios para a Administração Pública não estão somente na implementação de políticas públicas visando ao alcance de seus objetivos, o que se espera vai além da implantação de planos, programas e projetos, exige-se a revisão de modelos de gestão, que promovam o desenvolvimento econômico, social e sustentável, de forma participativa.

Nessa nova forma de gestão, incorporando alguns conceitos de empresas privadas, o cidadão é visto como cliente, exigindo dos governos, além da necessidade de melhorar os níveis de desempenho da gestão, a persecução de alguns valores, como: ética, moral, transparência na administração pública e *accountability* (MATIAS-PEREIRA, 2009).

Serra (2008, p. 36) define a gestão por resultados, como:

Um marco conceitual cuja função é a de facilitar às organizações públicas a direção efetiva e integrada de seu processo de criação de valor público, a fim de otimizá-la, assegurando a máxima eficácia, eficiência e efetividade de desempenho, além da consecução dos objetivos de governo e a melhoria contínua de suas instituições”.

Logo, para atender às demandas da sociedade, a administração pública precisa estar bem estruturada para agir com efetividade, sendo necessário o conhecimento de três conceitos fundamentais: eficiência, eficácia e efetividade.

Chiavenato considera que toda organização deve ser analisada sob o escopo da eficácia e da eficiência, ao mesmo tempo, definindo-as como:

Eficácia é uma medida normativa do alcance dos resultados, enquanto eficiência é uma medida normativa da utilização dos recursos nesse processo. (...) A eficiência é uma relação entre custos e benefícios. Assim, a eficiência está voltada para a melhor maneira pela qual as coisas devem ser feitas ou executadas (métodos), a fim de que os recursos sejam aplicados da forma mais racional possível (...) (CHIAVENATO, 1994, p. 70).

O autor menciona ainda que uma organização pode ser eficiente e não ser eficaz e vice-versa, sendo considerada uma situação ideal quando se é igualmente eficiente e eficaz.

Para Torres (2004), a eficácia se relaciona com o alcance dos objetivos de uma determinada estatal, enquanto a eficiência preocupa-se com os meios e os mecanismos utilizados para o alcance dos objetivos traçados.

Pertinente à efetividade, na área pública, preocupa-se em identificar em que medida os resultados de uma ação trazem benefício à população.

Então, a gestão orientada para resultados (GPR) não se atém, apenas, a formular ações para o atendimento das demandas sociais, mas sim traçar estratégias de implementação, auxiliadas por mecanismos de monitoramento e avaliação, em que o resultado obtido corresponde aos efeitos e às consequências de uma ação (MARTINS e MARINI, 2010).

Segundo Serra (2008, p.30), o objeto da GPR é o “processo que assegure a criação de valor público, sempre dentro de um regime democrático, única garantia de que o valor seja realmente público”. Moore (1995) define a criação do valor público em mudança social e não em resultados de viabilização econômica, o que dificulta a sua mensuração.

Como objetivo da GPR no setor público, Serra (2008, p.32) estabelece: “gerar capacidade nas suas organizações para que consigam, mediante a gestão do processo de criação de valor público, os resultados estipulados nos objetivos do programa de governo”.

Entre os principais itens da agenda de gestão por resultados destacados por Fortis (2009, p.133), estão:

Foco da gestão, voltado para o resultado; a formulação das políticas públicas, tendo como base o planejamento governamental; o caráter descentralizador na tomada de decisão; a adoção do planejamento estratégico nas organizações públicas; sistemas de informação que ofereçam insumos para a tomada de decisão; o controle dos recursos; o monitoramento da gestão; a prestação de contas e a avaliação; a incorporação de mudanças nas metodologias utilizadas na formulação do orçamento público, e, ainda, a formulação de indicadores próprios para o monitoramento e a identificação de desvios, para a introdução de medidas corretivas.

No contexto acima demonstrado, indicando as estratégias a serem observadas para que a gestão alcance os objetivos propostos, em que o planejamento estratégico representa um meio para estabelecer o propósito da organização, traz-se aqui a contribuição sistematizada por Mário Testa, chamada “Postulado da Coerência”.

Mário Testa não propõe um método de planejamento. Propõe um modo de entender o processo de planejamento e dá uma direcionalidade a esse processo, mas não instrumentaliza o processo (GIOVANELLA, 1990).

Pensar o planejamento tendo como propósito de mudança, de transformação social e de construção de uma nova sociedade, significa compreender o planejamento como prática histórica e pensar um método adequado a esse propósito. No postulado da coerência, Testa ressalta: Os propósitos de uma instituição, os métodos que utiliza e a organização que assume devem ser coerentes (GIOVANELLA, 1989, P.53).

Testa (1992, p.226) sistematiza o chamado “Postulado da Coerência”, como:

Diagrama que representa as relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas, consubstanciadas em um determinado projeto que explica os propósitos de um dado Governo, os métodos utilizados para concretizar estes propósitos e a organização das instituições onde se realizam as atividades governamentais.

A importância desse postulado se deve a sua aplicabilidade para o estudo de processos de formulação e implementação de políticas de saúde. Por meio dele, pode-se realizar uma análise de coerência entre os propósitos de um Governo, expressos em seus planos e programas, os métodos e as tecnologias de gestão de políticas utilizadas para viabilizá-los, e uma análise, também, da organização das instituições, sua capacidade estrutural, o que poderá configurar-se favorável ou desfavorável à formulação e à implementação de uma determinada política.

Para Testa (1992) existem dois níveis de determinação e condicionamento: No primeiro nível, representado pela relação entre proposta, método e organização. Em um segundo nível que, além de originar o primeiro, também, apresenta linhas de determinação e condicionamento entre seus componentes: o Papel do Estado, a Teoria e a História. O papel do Estado determina seus propósitos; a teoria sobre o problema determina o método com o qual se pretende resolvê-lo e a história determina as organizações da sociedade.

No nível mais interno, as relações se dão no sentido da determinação dos propósitos para os métodos; dos propósitos para as organizações e do método sobre a organização. Por outro lado, os métodos condicionariam os propósitos e ambos seriam condicionados pela organização

Ao compreender os problemas de saúde como socialmente determinados, Testa interessa-se pelo comportamento dos atores sociais e põe ênfase na análise das

relações de poder e na consideração das práticas de saúde, enquanto práticas ideológicas, conformadoras de seus sujeitos, tendo no planejamento, o processo de transformação social, no qual os agentes dessa mudança são os atores sociais.

E, para realizar essa mudança, traz-se nesse momento a Teoria do Agir Comunicativo de Habermas, enfatizando que o planejamento é uma ferramenta organizacional que visa ao desenvolvimento das organizações, priorizando a condução da ação. Vislumbra-se aqui uma organização cujos princípios apontam para a desconcentração de poder e delegação de competências que, na medida do possível, proporcione uma gestão criativa por operações e por objetivos, tendo o diálogo, a liderança, a negociação e a problematização coletiva como estratégias.

O Planejamento Estratégico, de Matus, apoiado na concepção do planejamento como um processo interativo, considerando os vários atores envolvidos e a viabilidade dos planos, surge em contraposição ao planejamento tradicional em que o Estado era o único ator.

Nasce um Estado com visão mais plural, que implica em intervenção social e situações de compartilhamento de poder, requer um planejamento em situações de conflito e cooperação entre os atores. E, nesse contexto, Rivera (2010, p.226) aproxima a Teoria do Agir Comunicativo de Habermas à área de Planejamento, visando quebrar a instrumentalidade exagerada de alguns métodos.

A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas (1989) compartilha a crítica segundo a qual o processo de modernização passou a ocorrer nas sociedades industriais na forma de racionalidade instrumental, que se caracteriza pela organização de meios adequados de escolhas estratégicas para a consecução de objetivos.

A penetração da racionalidade instrumental no âmbito da ação humana interativa, ao produzir um esvaziamento da ação comunicativa e ao reduzi-la à sua própria estrutura de ação, gerou, no homem contemporâneo, formas de sentir, pensar e agir – fundadas no individualismo, no isolamento, na competição, no cálculo e no rendimento –, que estão na base dos problemas sociais.

Para Rivera e Artmann (2010, p.2266): “Com a democratização, volta-se a garantir a institucionalização e legitimação dos espaços de participação da sociedade, na interface entre a sociedade civil, a política e o poder administrativo”.

A partir de então, depara-se com um cenário de confronto constante entre os vários projetos da sociedade e os atores envolvidos, em que, além do reconhecimento do conflito, é preciso fortalecer a capacidade de escuta do outro e de interação e negociação, indicando que a concepção comunicativa do planejamento tem uma maior aplicabilidade (RIVERA, 2010).

Testa (1987) atribui à comunicação a função de produzir consensos: “ o plano só tem sentido na medida em que proporciona uma linguagem e uma estrutura comunicativa na qual o povo debate sua história e seu futuro”.

Para Rivera (1999, p.357), a grande contribuição do enfoque de planejamento estratégico matusiano corresponde à possibilidade de uma problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais e trazer à tona a iminência do diálogo, referindo-se ao planejamento comunicativo como meio de construção de organizações dialógicas:

A perspectiva comunicativa não se reduz à escolha de métodos, mas envolve o processo gerencial como um todo, a partir de uma racionalidade ampliada, para além da racionalidade de fins, considerando o mundo da vida dos atores envolvidos numa postura dialógica que motive a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como compromissos.

Paulo Freire (2002) explicita os pressupostos de uma ação fundamentada no diálogo: colaboração; união; organização; síntese cultural. A ação dialógica é coletiva, colaborativa e organizada. Os sujeitos exercem seu direito existencial de dizer a sua palavra, em respeito e diálogo com outros sujeitos; visões de mundo são compartilhadas e discutidas, não impostas, em construção coletiva: síntese cultural.

Importa também ressaltar que o compromisso dos atores com os projetos planejados perpassa pelo desafio da capacidade gerencial em promover a integração, comunicação e negociação entre os mesmos.

A teoria do Agir Comunicativo corrobora para a sustentação de uma das características precípuas do planejamento, ou seja, ser ascendente e participativo, com o envolvimento dos sujeitos sociais, como: instituições gestoras, profissionais de saúde, prestadores de serviços, instituições responsáveis pela produção do conhecimento e formação de pessoal (universidades, escolas técnicas de saúde, instituto de pesquisas), conselhos, órgãos de controle etc.

A partir do conceito de ação comunicativa evidenciado por Habermas (1989), em que através da linguagem dos participantes, retrata o mundo objetivo, social e subjetivo, e que esse mundo corresponde às tradições culturais, solidariedades sociais e estruturais da personalidade, analisa-se a elaboração do Plano Estadual de Saúde, compreendendo que a legitimização e institucionalização do referido instrumento, somente, acontece quando se busca a participação dos diversos atores.

Um problema detectado, durante o processo de construção do Plano, perpassa pela dificuldade de os atores entenderem a proposta metodológica, causando certa retração em sua participação, medo ao se expressarem e exporem suas ideias, sendo para isso necessário uma melhor orientação por parte dos planejadores, bem como qualificação das equipes para que possam planejar suas áreas, analisar outros setores, correlacionando-os com os seus, propondo e recebendo propostas.

Oliveira (2006, p.284), ao tentar responder às falhas que ocorrem no planejamento no Brasil, evidencia:

Estão relacionadas à ênfase ao planejamento como forma de se tentar o controle da economia e da sociedade, em vez de vê-lo como um processo de decisão construído política e socialmente com os diversos atores interessados e afetados pela decisão. Porém, por outro lado, essa construção tem que ser baseada em informações precisas e capacidade de articulação e compreensão do processo e dos temas debatidos pelos diversos atores envolvidos. Não podemos cair no participativismo populista e demagógico que vemos em algumas políticas públicas. Ao mesmo tempo, o processo de planejamento tem que ser visto como um processo que, com o tempo, leve à geração de confiança e aprendizado entre os diversos atores envolvidos na decisão para que se aprimorem na tomada de decisão conjunta.

É importante reconhecer o papel do planejamento como ferramenta facilitadora e promotora da construção e articulação das relações na sociedade ou nas instituições que visam à promoção do bem público, sabendo que, por meio das ações executadas pelos atores envolvidos, podem-se atingir resultados que impactem na melhoria de vida da população.

4.1 Trajetória histórica do planejamento em saúde

Para se planejar em saúde, faz-se necessário buscar compreender a sua história, a sua utilização pelos diversos governos, seus avanços e retrocessos, voltando os

olhares para os anos de 1917, quando o planejamento surge na Rússia, após a Revolução Soviética, na forma de um plano setorial, o primeiro Plano Nacional de Eletrificação e, após uma década, é elaborado um plano global: o Plano Quinquenal 1928 a 1932 (GIORDANI, 1974).

O plano vem para substituir o mercado como instrumento de alocação de recursos e distribuição de produtos e estabelecer justas proporções entre produção e consumo, oferta e demanda e entre os vários ramos da economia, com o propósito de satisfazer as necessidades de todos os membros dessas sociedades (GIORDANI, 1974).

Posteriormente, após a crise econômica mundial dos anos 30, admite-se o planejamento econômico e social nas sociedades capitalistas, baseado nas livres leis de mercado, no *laissez faire* (deixar fazer).

Na época, Keynes (1978), economista inglês, propõe uma maior intervenção do Estado na economia, com o intuito de diminuir a importância e frequência das crises, acreditando ser preciso dotar o Estado de instrumentos efetivos de política econômica que lhe permitam regular a taxa de juros, aumentar o consumo e expandir a inversão, visando ao pleno emprego. Para isso, propõe o planejamento estatal, garantindo, assim, maior dirigismo e racionalidade.

Após a Segunda Guerra Mundial, em 1948, aparecem os primeiros planos, feitos pelas nações europeias participantes do Programa de Recuperação Europeia ou Plano Marshall. Elaboram-se planos integrais para quatro anos, com o intuito de ordenar a produção e resolver a situação econômica e política nas zonas devastadas, ambicionando que, ao se resolver a situação política e econômica, contrapunha-se ao avanço do mundo socialista emergente e presente no continente europeu, depois do final da segunda guerra (GIORDANI, 1974).

Nos anos de 1950, espalha-se o desenvolvimentismo na América Latina, quando na busca pelo crescimento econômico, considerada subdesenvolvida, se apóia na industrialização, acreditando ser esse o caminho mais fácil para eliminar etapas e alcançar mais rápido o desenvolvimento, e o planejamento é introduzido pela Comissão Econômica para a América Latina (Cepal), organismo internacional ligado à ONU, com o objetivo de superar as diferenças econômicas com os países capitalistas centrais.

Para o desenvolvimentismo, o Estado deveria dirigir os investimentos para as áreas estratégicas que, garantindo o crescimento econômico, garantiriam o progresso social para todos.

Conforme afirma Melo (apud GIOVANELLA, 1991, p.29):

Esta noção é baseada numa teoria que explica o subdesenvolvimento pela tendência à deteriorização dos termos de troca entre os países capitalistas centrais — economias industrializadas com produção diversificada e tecnicamente homogênea — e os países periféricos — economias exportadoras de alimentos e matérias-primas aos países centrais com produção muito especializada e tecnicamente heterogênea. Na noção difundida considerava-se que através do planejamento, poder-se-ia romper com essa tendência, promover a industrialização e, através dela, alcançar o desenvolvimento.

As ideias centrais do desenvolvimentismo foram: A industrialização é a via da superação da pobreza e do subdesenvolvimento; Um país não consegue industrializar-se só através dos impulsos do mercado, sendo necessária a intervenção do Estado (intervencionismo); O planejamento estatal é que deve definir a expansão desejada dos setores econômicos e os instrumentos necessários; A participação do Estado na economia é benéfica, captando recursos e investindo onde o investimento privado for insuficiente.

Inicialmente, o planejamento foi elaborado para a economia e, posteriormente, foi ampliado para os setores sociais. No setor saúde, os primeiros programas surgem em decorrência da Carta Punta Del Este - Uruguai (1961), na qual os Estados Unidos da América (EUA), por meio da Organização dos Estados Americanos (OEA), promovem uma reunião de Ministros do Interior dos países das Américas, onde é lançado o "Programa Aliança para o Progresso" (GIOVANELLA, 1991, p.29).

O referido programa, de auxílio financeiro internacional, é componente de uma política norte-americana que surge com o objetivo de promover uma aliança para o desenvolvimento e contra o socialismo, já que considerava os problemas sociais e políticos dos países da América Latina entraves para o seu crescimento e, ao mesmo tempo, um terreno fértil para idéias socialistas, pois, através do financiamento de programas sociais, pretendia-se impedir a expansão dessas ideias.

A partir daí, incorporam-se os setores sociais à planificação do desenvolvimento, com o estabelecimento de metas entre os países participantes, tendo seus projetos

financiados com recursos dos Bancos: Interamericano de Desenvolvimento e Mundial.

Dentre as metas estabelecidas na Carta Punta Del Este, estão: reduzir a mortalidade de menores de cinco anos de idade; erradicar a malária e a varíola; intensificar o controle da tuberculose e das doenças entéricas; melhorar a alimentação e a nutrição aumentando a ingestão de proteínas; abastecer de água potável e serviços de esgoto pelo menos 70% da população urbana e 50% da população rural; melhorar a organização dos serviços de saúde e aumentar o seu rendimento procurando que se atenda cada vez melhor um número maior de enfermos com atividades de prevenção e cura; ampliar a formação de profissionais e auxiliares em saúde; criar, nos Ministérios de Saúde, unidades de planejamento integradas aos organismos de planejamento do desenvolvimento econômico e social; melhorar as estatísticas vitais e sanitárias; elaborar planos decenais nacionais de saúde; ter como meta geral o aumento de cinco anos na esperança de vida ao nascer de cada pessoa (OPS/OMS, 1971).

Até então, na época, não existia um método para a elaboração dos planos, ficando a cargo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), fiadora frente às agências financiadoras, o assessoramento dos países para a realização de seus planos, bem como a formulação de procedimentos para o planejamento de saúde e a avaliação dos projetos sociais apresentados, observando o cumprimento das metas estabelecidas.

A Organização Pan-Americana de Saúde, reconhecendo a necessidade de elaboração dos Planos Nacionais de Saúde, encomenda ao Centro de Estudos Del Desarrollo (CENDES) a elaboração do documento “Problemas Conceptuales y Metodológicos de La Programación de La Salud”, cujo objetivo era dimensionar as necessidades e recursos a serem destinados à saúde, demonstrando compatibilidade com os demais investimentos necessários ao crescimento econômico.

Posteriormente, foi elaborado um método de planejamento em saúde que ficou conhecido como “método Cendes/Opas”, desenvolvido pelo Centro de Estudos de Desenvolvimento (CENDES), da Universidad Central da Venezuela e apoiado pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS).

O referido método surge em resposta às demandas apresentadas na Reunião de Punta Del Este (1961) e consiste em uma adaptação rigorosa do planejamento econômico e normativo, de linha cepalina, para a saúde, resultando num método de planejamento de saúde, que compreendeu desde começos da década de 60 a meados da década de 70. Vê-se o planejamento como ferramenta importante tanto para o crescimento econômico quanto para a promoção do bem-estar social.

Acreditava-se que a melhoria das condições de saúde constituía em fator preponderante para o crescimento social, corroborando a proposta de desenvolvimento dos países da América Latina.

O Planejamento Normativo, considerado uma proposta tecnocrática, ou seja, na aplicação do método científico para a resolução de problemas sociais, consiste em elaborar um plano e estabelecer prioridades, observando principalmente a relação custo-benefício. Conclui-se a eleição de prioridades pela ordenação dos danos, analisados segundo os custos, de forma crescente, sendo considerado prioritário o dano cujo custo para evitar uma morte é o menor (GIOVANELLA,1991).

Depois disso, visando à divulgação do referido método, a OPAS promoveu, juntamente com o Instituto Latino Americano de Planificação Econômica e Social (ILPES), a capacitação de funcionários de órgãos de saúde na utilização do novo método, realizando cursos em vários países como: Venezuela, Chile, Colômbia, Argentina.

A partir de 1963, sistemas de planejamento em saúde começaram a funcionar. Em 1968, foi criado o Centro Pan-Americano de Planificação de Saúde que se vinculou ao ILPES, em Santiago, funcionando até 1975, o qual intensificou a capacitação de funcionários de alto escalão e divulgou amplamente o método.

O método Cendes/Opas tinha como pré-requisito a elaboração de planos nacionais para a obtenção de financiamentos e, à medida que os países começaram a formulá-los, surgiram problemas que pelo fato de não conseguirem resolvê-los, resultaram em algumas incorporações, como: diagnóstico institucional e a política.

A política, até então entendida como um fator interferente, propiciou o aumento de propostas governamentais nos planos. No entanto, o método sofria várias críticas e

os administradores e políticos não o colocavam em prática, por considerarem-no um método normativo, em que, apenas, um ator planeja com plenos poderes, supondo sempre o consenso ou o quase-consenso. Desconsideram-se conflitos, diferentes interesses e a existência de interesses contraditórios.

O referido método é constituído por uma sucessão de quatro etapas predefinidas, dentre elas: a descrição da situação (diagnóstico) e a explicação dessa situação (segundo os princípios da teoria da multicausalidade); a construção de possíveis ações (que incidiriam sobre as causas) e a análise quantitativa das perspectivas de resolutividade da situação descritas; a elaboração da programação de saúde (conjunto de ações técnicas) e a implementação e a avaliação.

Para Rivera (1995, p. 51), ao analisar o enfoque normativo de planejamento social na América Latina, supõe-se:

Um único sujeito - o Estado - instrumentaliza uma ação sobre um sistema social concebido de maneira objetual, em uma relação não-interativa. O que se está buscando neste enfoque é um caminho ótimo do ponto de vista da eficiência econômica para a obtenção de objetivos dados, definidos pelo sujeito da planificação.

Os planos resultantes dessa metodologia, por retratarem uma situação de consenso contrária à existente e, com a finalidade de subsidiar a decisão governamental, não são executados.

Na metade dos anos 60, o método em questão começa a perder a credibilidade, não somente com relação à metodologia especificada, bem como às teorias desenvolvimentistas que o motivou, pois, apesar de promover o crescimento econômico de muitos países, ainda persistiam vários problemas diagnosticados nos mesmos, como: desemprego, concentração de renda, entre outros.

Em 1973, a Opas reconhece o fracasso do método, mas é importante destacar que ele norteia a programação em saúde, como retrata Giovanella (1991, p.35):

Por outro lado, também considero que alguns aspectos do método continuam atuais para a programação de saúde, pela sua adequação enquanto procedimentos para uma análise e cálculo de recursos. É o caso da definição do instrumento e análise de sua composição (a organização dos heterogêneos recursos necessários à realização de uma tarefa), da análise do rendimento e grau de utilização dos instrumentos, da quantificação de tarefas realizadas, da comparação desse observado com algum parâmetro normativo.

O cenário da época em questão, segundo Giovanella (1991) é caracterizado pela derrota dos movimentos populares e a implantação das ditaduras militares nos países da América Latina, onde muitos dos profissionais e teóricos do planejamento são afastados dos níveis de intervenção, reinserindo-se em outros países, geralmente em instâncias acadêmicas, em que se inicia uma reflexão acerca de suas atuações e relacionada ao fracasso dos movimentos dos quais participaram. Surgem redirecionamentos, com propostas de mudanças de processos incorporando o aspecto político, originando as formulações do planejamento estratégico, em contraposição ao planejamento normativo.

O período de 1975 a 1980, considerado o momento de “reatualização”, destaca-se pela publicação do documento “*Formulación de las políticas de salud*” pelo Centro Pan-Americano em Saúde (CPPS), que desloca o planejamento da microeconomia para a macropolítica, permitindo, assim, discutir o Poder e suas configurações no setor saúde e lançar um olhar sobre o sistema de saúde, compreendido como unidade complexa (vários níveis e componentes).

Em 1980, dá-se a proposição do Enfoque Estratégico Situacional (PES) que consiste em uma metodologia de planejamento desenvolvida pelo economista chileno, Carlos Matus, ex-ministro do governo socialista de Allende, no Chile, em seu exílio na Venezuela, como assessor das Nações Unidas e do Cendes.

O referido autor estabelece críticas à metodologia de planejamento normativo ou tradicional, a partir do resultado de experiências mal sucedidas na América Latina, levando-o a um profundo questionamento sobre enfoques e métodos utilizados.

Para se entender os fundamentos do PES são necessários conhecer alguns conceitos que contribuem para o embasamento da referida metodologia, como o ato de planejar.

Matus (1993, p.17) define o planejamento, como: “O cálculo que precede e preside a ação”. O planejamento passa a estar intrinsecamente vinculado à ação e aos resultados/impactos e não somente ao cálculo que antecede a ação. Na obra do aludido autor, a concepção de planejamento presume o tempo toda articulação com o governo. Resgata o planejamento como método de governo, ou seja, ferramenta utilizada para lidar com as necessidades de direção da administração pública.

Reconhece a existência de múltiplos atores, que supõe a combinação de ações estratégicas e comunicativas entre os mesmos, visando à construção de consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos a alcançar e das alternativas de ação a desenvolver para alcançá-los (Matus, 1993).

Conforme Matus (1985), planeja quem governa, quem tem a capacidade de decidir, de conduzir. Para ele, o planejamento existe para responder às necessidades de quem gerencia, configurando o PES em quatro momentos básicos, não sequenciais, simultâneos e em constante processo, sendo eles: Explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.

No momento explicativo, o ator que planeja está, permanentemente, identificando as oportunidades e os problemas que enfrenta e tentando explicar as causas que os geram, equivalendo ao diagnóstico situacional, conforme citam Chorny, Kuschnir e Taveira (2008, p.11):

Portanto, recorrendo ao enfoque estratégico, percebe-se claramente que não há diagnóstico neutro, que há tantos diagnósticos quanto observadores. E mais, que tanto uma idéia do que se considera uma situação ideal em cada caso – a imagem-objetivo – como, até certo ponto, os modelos de intervenção, estão dados. E, para que possam ser avaliados e mesmo checados pela realidade, é necessário que sejam explicitados.

O momento normativo corresponde à elaboração dos objetivos, das metas, das atividades e dos recursos necessários, referindo ao que deve ser feito para o enfrentamento dos problemas selecionados. No momento estratégico, são estabelecidos o desenho e os cursos de ação para que sejam superados os obstáculos e as dificuldades, expressando o que deve ser e que pode ser feito.

O momento tático-operacional equivale às tomadas de decisão e de realização da ação concreta.

Para Teixeira (2010), cabe destacar que a noção de momento rompe com a idéia de etapas sequenciais do planejamento. Essas etapas se desenvolvem, na realidade, de modo simultâneo, em que há apenas o predomínio de um momento sobre o outro.

A citada autora ainda conclui que (2010, p.31):

Na perspectiva do enfoque estratégico situacional, a atuação planejada sobre qualquer recorte da realidade implica num esforço de entendimento entre os diversos atores sociais ali presentes, de modo a permitir uma explicação abrangente sobre uma dada situação e sobre as formas de intervir sobre os problemas, de modo a resolvê-los ou controlá-los.

Ao final dos anos de 1980, surgem duas outras vertentes do enfoque estratégico: o Pensamento Estratégico de Mário Testa e a Programação Estratégica da Escola de Medelin.

Concernente ao pensamento estratégico de Mário Testa, ainda que não se configure uma metodologia de trabalho, traz discussões de relevância para a área de saúde. Entende-se que a intervenção na realidade interessa quando se pretende uma transformação social. Aborda o diagnóstico em saúde, postulando um enfoque não reducionista; considera ser fundamental o reconhecimento do social enquanto totalidade, como única forma de realizar uma correta caracterização do setorial e de formular propostas que o articulem corretamente com outras formulações. Para ele “um diagnóstico é a caracterização de uma situação, orientada pelos propósitos que dão origem ao mesmo” (RIVERA, 1989. p.60).

Para Testa (1995) o planejamento global e o da saúde apresentam três grandes propósitos: de crescimento ou reprodução, de mudança e de legitimação, em que o centro da problemática estratégica é o poder. Ele entende o poder enquanto exercido em organizações e dessa forma tipifica-o. O poder pode ser técnico, referindo-se à informação, administrativo quando se refere à orçamentação e político quando relacionado à ideologia.

Considera a existência de tipos de poder quando analisa os setores de atividade dos atores sociais: o poder técnico, como a capacidade de gerar, aprovar e manipular informação de diferentes características; o poder administrativo, como capacidade de apropriar-se e de alocar recursos, e; o poder político, como a capacidade de desencadear uma mobilização que depende, basicamente, de uma visão de realidade, de um saber (RIVERA, 1989).

Ao pensar o poder enquanto prática ideológica, ele o entende como dominação, submissão de uns a outros, e como hegemonia, capacidade de viabilização de um projeto. Define *política* como uma proposta acerca da distribuição de poder, e

estratégia como forma de implementar uma política. A ação deve ser analisada quanto à sua viabilidade e impacto na distribuição do poder dentro e fora do setor devendo, para tanto, haver uma articulação da parte programática (ações) com a direcionalidade e coerência interna e externa do projeto. Formula ainda um postulado o qual denomina *postulado de coerência* que estabelece uma relação necessária entre propósitos, métodos para alcançá-los e organizações ou estruturas nas quais estes são realizados (RIVERA, 1989).

A programação estratégica da Escola de Medelin propõe a elaboração de programas operativos que viabilize, em nível local, alcançar o lema proposto na Conferência Internacional de Alma Ata (1978), Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT 2000). Não foi uma corrente que avançou muito, pois as possibilidades de concretização da proposta de Alma Ata distanciaram-se muito da realidade, na medida em que criou uma medicina pobre para os pobres (SILVEIRA, 1991).

4.2 Arcabouço Legal do Planejamento do Governo e do SUS

Tendo como princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalidade de acesso, a integralidade da atenção e a descentralização com direção única em cada esfera de governo, faz-se necessária a adoção de estratégias que possibilitasse o alcance desses desafios, incorporando as práticas de planejamento no âmbito das organizações governamentais, bem como de suas etapas, o monitoramento e avaliação, no sentido de compatibilizar as necessidades de política de saúde da população com a disponibilidade de recursos financeiros.

Desde então, o processo de institucionalização do planejamento em saúde no Brasil, considerado estratégico para a gestão do SUS, vem sendo estimulado e reconhecido cada vez mais pelos gestores, por meio de diversas intervenções realizadas pelo Ministério da Saúde, por meio da formulação e publicação de leis, decretos, portarias, entre outros.

Para o Ministério da Saúde, a consolidação da cultura do planejamento se constitui em enorme desafio, que continuará sendo por um longo tempo, uma vez que envolve tanto postura individual e técnica, quanto mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais da área (BRASIL, 2009).

No entanto, de acordo com BARROS et al. (1996, p. 33), é importante assinalar que: “Exigir das unidades federadas planos de saúde em nada assegura a institucionalização do processo de planejamento”.

Para efeitos de entendimento das funções no Sistema Único de Saúde, adotou-se o conceito de gestão, proposto por Scotti e Oliveira (1995) e, posteriormente, citado pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB 1/1996), como: “atividade e a responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009, p. 27).

Considerada uma das funções dos Gestores do SUS, o Governo tem no planejamento, a possibilidade de avaliar a situação geral e os meios adequados de intervenção; definir o que seja, de fato, o interesse local; reunir informações sobre os recursos disponíveis, naturais, humanos e materiais e organizar-se para a ação.

Na busca por entender o papel e a importância do processo de planejamento para cada esfera de gestão, destaca-se aqui a Constituição Federal de 1988 que, em seu artigo 165, estabelece que as ações governamentais do Poder Executivo, seja nas esferas federal, estadual e municipal, devem ser previamente definidas e orçadas, editadas em forma de lei e votadas pelo Poder Legislativo respectivo. Para isso são definidos três instrumentos: Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (BRASIL, 1988).

O PPA é definido como um plano de médio prazo com vigência de quatro anos, sendo que a sua preparação se dá no primeiro ano e seu início no segundo ano do mandato do governante recém-eleito, enquanto a LDO e a LOA têm vigência anual. Já no artigo 84, inciso XI, da referida Constituição, determina que o governo remeta ao Congresso Nacional um Plano de Governo, quando da abertura da sessão legislativa, o qual deve tratar da “situação do País e as providências que julgar necessárias” (BRASIL, 1988, p.115).

Além desse instrumento, o Poder Executivo, em seus níveis respectivos, deve elaborar planos para políticas públicas setoriais, como: Plano de Saúde; Plano de Educação, entre outros. A Saúde foi assegurada, constitucionalmente, ao povo

brasileiro como direito de todos e dever do Estado, com a definição das responsabilidades dos entes federados em cada esfera de gestão com relação às ações e aos serviços de saúde.

Em 1990, a Lei n. 8.080, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), trata da questão do planejamento e de suas etapas em seu artigo 15º, inciso III, como atribuição comum da União, dos Estados e dos Municípios, o acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; no inciso VIII, estabelecendo a competência comum das três esferas de governo, impondo-lhes o dever de elaborar e atualizar, periodicamente, o plano de saúde; no inciso X, o dever de elaborar a proposta orçamentária do SUS, em conformidade com o plano de saúde; e, no inciso XVIII, promover a articulação das políticas de saúde e dos planos de saúde (BRASIL, 1990).

Ainda na referida lei, em seu artigo 37, atribuiu ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) a responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes para a elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Já a Lei 8.142/1990 dispôs no seu artigo 4º que entre os requisitos para receber os recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com Plano de Saúde e Relatório de Gestão (BRASIL, 1990).

Após a aprovação das Leis Orgânicas de Saúde, Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 (BRASIL, 1990), acima citadas, é importante destacar as Portarias de nºs. 548/2001, 399/2006 e 699/2006. A primeira aprova as orientações federais para a elaboração e aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão, estabelecendo-os como Instrumentos de Gestão do SUS. A segunda divulga o Pacto pela Saúde 2006, aprovando as diretrizes operacionais do mesmo, e a terceira regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.

O Pacto de Gestão adota como diretrizes: Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera

administrativa; Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e ou redirecionamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Institui cinco itens a serem pactuados: a adoção das necessidades de saúde da população como critério; a integração dos instrumentos de planejamento; a institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS como instrumento estratégico de gestão do SUS; a adoção de instrumentos de planejamento a serem seguidos pelas três esferas de gestão e a cooperação entre as três esferas de gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Entre outras responsabilidades comuns aos entes federados, constantes do Pacto, está a condução do processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde.

O Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS – foi regulamentado pela Portaria GM/MS Nº 3.085, de 01 de dezembro de 2006, estabelecendo-o como uma das diretrizes de gestão do SUS. O PlanejaSUS visa dotar os gestores, segundo a especificidade de cada esfera de gestão, do planejamento de que necessitam para ofertar ações e serviços de saúde capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nesse contexto, é importante citar outras portarias que contribuíram para a organização e implementação do referido Sistema, a saber: Portaria nº 3.332/2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006); Portaria nº 1.229/2007, que aprova orientações para o fluxo do Relatório Anual de Gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007); Portaria nº 1.885/2008, que institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A partir daí, foram definidos os instrumentos básicos de planejamento, dando expressão concreta ao referido Sistema: o Plano de Saúde, considerado como o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas; a Programação Anual de Saúde, que operacionaliza as intenções

expressas no Plano de Saúde, contendo, de forma sistematizada, as ações, as metas anuais e os recursos financeiros e o Relatório Anual de Gestão que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde.

Por meio da consolidação desses instrumentos pretende-se ainda: pactuação de diretrizes gerais para o planejamento no âmbito do SUS; utilização de metodologias unificadas de planejamento, englobando o monitoramento e a avaliação; implementação e difusão de uma cultura de planejamento; promoção da integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS; entre outros.

Conforme afirma Jesus (2012, p.111):

No Brasil, nos últimos dez anos, a despeito dos avanços obtidos com a implantação das Normas Operacionais, do Pacto pela Saúde e do Sistema de Planejamento do SUS, existem dificuldades e lacunas nos processos de formulação de políticas e no uso das tecnologias de planejamento, revelando ainda uma predominância de práticas não estruturadas, quase sempre aliadas à grande dependência de decisão dos gestores, baixa governabilidade, escassa responsabilização e frágil controle social sobre a gestão das políticas e instituições públicas.

Na busca de superar essas questões, o Ministério da Saúde publicou, em 28 de junho de 2011, o Decreto nº 7.508, considerado significativo para o processo de planejamento ao regulamentar a Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), redefinindo o marco regulatório de planejamento do SUS, com o redesenho dos instrumentos de planificação governamental e avançando para a efetiva implementação do planejamento integrado, partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde (BRASIL, 2011).

E, por último, foi instituída a Portaria nº 2.135, de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, explicitando quais os instrumentos de planejamento, as suas composições, correlacionando-os com outros instrumentos de planejamento do governo e levando em consideração as pactuações realizadas nas Comissões Intergestores Regionais (CIRs), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

METODOLOGIA

5. METODOLOGIA

5.1 Estratégia Metodológica

Utilizou-se como metodologia para a realização da pesquisa o estudo de caso, em que, na busca pelas respostas às perguntas da pesquisa, requerendo o aprofundamento em um caso específico, no caso a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, decidiu-se por essa modalidade.

Segundo Stake (1995, p.49) o estudo de caso é definido como: “O estudo da particularidade e da complexidade de um simples caso”. Para Gil (2009), o estudo de caso enfatiza mais a exploração e a descrição do que a explicação e a predição do fenômeno a ser estudado, sendo definido por suas características essenciais, como: ser considerado um delineamento de pesquisa; preservar o caráter unitário do fenômeno pesquisado; investigar um fenômeno contemporâneo, não separando o fenômeno do seu contexto; a profundidade do estudo e a utilização de múltiplos procedimentos de coleta de dados.

Ressalta-se, ainda, que dentre as suas inúmeras vantagens, estão: o estímulo ao desenvolvimento de novas pesquisas; construção e aprimoramento de hipóteses de pesquisa; favorecimento de descobertas inesperadas; aperfeiçoamento, construção e rejeição de teorias; entendimento do processo, entre outros (GIL, 2009).

Para além dos elementos apresentados, a opção dessa modalidade deveu-se pela escassez de estudos empíricos acerca do tema abordado, vislumbrando a incorporação do Plano de Saúde como importante instrumento de Planejamento e Gestão do Sistema Único de Saúde.

Faz-se necessário diferenciar, neste estudo, as siglas PS, utilizada para denominar Plano Estadual de Saúde da SES-GO e a sigla PES, utilizada para se referir ao Planejamento Estratégico Situacional, como categoria teórica desta pesquisa.

5.2 Descrição do Local do Estudo

O Estado de Goiás é uma das 27 Unidades Federativas do Brasil. Situa-se à leste da Região Centro-Oeste, no Planalto Central brasileiro. O seu território é de

340.111,783 km², sendo delimitado pelos estados de Tocantins (norte), Bahia (nordeste), Mato Grosso (oeste), Mato Grosso do Sul (sudoeste), Minas Gerais (leste e sul) e pelo Distrito Federal.

A capital e maior cidade de Goiás é Goiânia, sede da Região Metropolitana de Goiânia (RMG). Outras cidades importantes quanto a aspectos econômicos, fora da região metropolitana de Goiânia, são: Anápolis, Rio Verde, Luziânia, Formosa, Itumbiara, Jataí, Porangatu, Catalão, Caldas Novas, Goianésia, Mineiros, Cristalina e Niquelândia, que também são as maiores cidades em população do interior do estado, além das cidades que compõem o Entorno de Brasília. O Estado apresenta população estimada de 6.523.222 habitantes em 2014 (IBGE) e está dividido em 246 municípios.

5.2.1 Estrutura Organizacional da SES-GO

A estrutura organizacional da SES-GO é constituída de oito superintendências, tendo por finalidade dirigir, planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar a Política Estadual de Saúde, compreendendo a promoção, a prevenção, a preservação e a recuperação da saúde da população.

Dentre as competências da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, de acordo com o Decreto 8.030 (GOIÁS, 2013), estão:

- Formular, planejar, executar, controlar e avaliar a política estadual de saúde pública.
- Gerir, coordenar e fiscalizar o Sistema Único de Saúde no âmbito do Estado.
- Administrar o Fundo Estadual de Saúde, instituído pela Lei nº 17.797, de 19 de setembro de 2012, em consonância com as prescrições da Lei federal nº 4.320/1964, das Leis Complementares federais nºs 101/2000 e 141/2012 e das demais normas aplicáveis à espécie, com os suportes técnico, administrativo e operacional dos servidores do Órgão.
- Desenvolver a capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde, fazendo cumprir, no âmbito do Estado, o marco regulatório, as leis e normas do SUS.
- Exercer o poder de polícia sobre as atividades relacionadas com serviços de saúde, produção de alimentos, drogas e medicamentos.

- Analisar e avaliar a situação, as tendências e determinantes de saúde do Estado, com ênfase na identificação de desigualdades nos riscos, nos danos e no acesso aos serviços de saúde.
- Administrar os sistemas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental em saúde, de saúde do trabalhador e a rede estadual de laboratórios de saúde pública.
- Instituir alianças intersetoriais e identificar recursos para as ações de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população goiana.
- Avaliar o impacto das políticas públicas em saúde no âmbito do Estado de Goiás.
- Regular, controlar, avaliar e auditar a prestação de serviços e a execução das ações de saúde nos setores público e privado.
- Promover ações de educação, informação e comunicação social, visando a melhorias nos fatores determinantes e condicionantes de saúde.
- Promover o desenvolvimento de modelos de atenção com ênfase na promoção da saúde, reorientando os sistemas e serviços de saúde.
- Apoiar o fortalecimento das instâncias colegiadas de participação social no Sistema Único de Saúde –SUS–, nas formas de proposição, deliberação e fiscalização da Política Estadual de Saúde.
- Promover e garantir o acesso universal e equitativo da população goiana aos serviços de saúde.
- Promover e garantir a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população.
- Promover o processo de descentralização e regionalização de ações e serviços de saúde no âmbito estadual, participando do financiamento do SUS e executando em caráter complementar os serviços de saúde.
- Apoiar tecnicamente os municípios para a melhoria de sua capacidade de gestão dos sistemas de saúde e o desenvolvimento da educação permanente no SUS.
- Coordenar o processo de organização das redes assistenciais de saúde, monitorando e avaliando o acesso da população aos serviços de saúde.
- Definir e promover a política de gestão do trabalho e de desenvolvimento de pessoas na área da saúde, preconizada pelo Governo Estadual.
- Fomentar o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, em consonância com a Política Estadual e Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, integrante da Política Nacional de Saúde formulada no âmbito do SUS.
- Promover a educação profissional e tecnológica, visando à formação, capacitação e qualificação, bem como a outros processos voltados para o serviço público na área da saúde.

- Participar do Consórcio Goiás de Educação Profissional, composto por representantes das áreas de Educação, Trabalho, Ciência e Tecnologia, Indústria e Comércio, Agricultura e Saúde.
- Estabelecer parcerias com instituições de ensino para adequação de seus programas e suas estratégias às necessidades oriundas da política estadual de saúde.
- Formar e aperfeiçoar os profissionais da área de saúde no âmbito do Estado de Goiás.
- Promover a Política Estadual de Assistência Farmacêutica, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde.
- Impulsionar a Política Estadual de Sangue e Hemoderivados, em consonância com as diretrizes nacionais.
- Fomentar a Política Estadual de Transplantes de Órgãos e Tecidos, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde.
- Trabalhar a Política de Gestão de Risco das Unidades Assistenciais da SES e das Unidades Descentralizadas, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde.
- Realizar outras atividades correlatas.

A área responsável por coordenar a formulação dos Instrumentos de Planejamento do Governo (PPA, LDO, LOA) e do Sistema Único de Saúde em Goiás (PS, PAS, RAG), realizando monitoramento e avaliação dos resultados alcançados, é a Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças (SGPF), por meio da Gerência de Planejamento (GEPLAN).

A referida Superintendência além de coordenar a formulação da proposta orçamentária das áreas da SES, executa as seguintes atividades: a gestão de pessoas; o patrimônio; a efetivação da contabilidade orçamentária, financeira e patrimonial, inclusive dos Fundos ligados à Pasta; os serviços administrativos; a tecnologia da informação, dando suporte operacional para as demais atividades; a implantação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e de Desenvolvimento de Pessoas para os profissionais da Secretaria, em consonância com as diretrizes do Plano de Governo do Estado e do Sistema Único de Saúde (GOIÁS, 2013).

5.3 Objeto da Pesquisa

A pesquisa tomou como objeto o processo de implementação do Plano Estadual de Saúde em Goiás (PS) para o quadriênio 2012-2015, que teve o início de sua elaboração desencadeado em fevereiro do ano de 2011, sendo consolidado em dezembro do referido ano.

Por conseguinte, a metodologia adotada para a elaboração do referido instrumento de planejamento toma como base o referencial teórico já exposto, relativo ao Planejamento Estratégico Situacional (PES), por meio da identificação, descrição e análise dos problemas de saúde e do sistema de saúde.

O Plano Estadual de Saúde apresenta a seguinte estrutura:

- Apresentação.
- Análise da Situação de Saúde (ASIS) constituída de quatro capítulos, assim dispostos:

1) Condições de saúde da população – subdivido em panorama demográfico, morbidade e mortalidade (doenças transmissíveis, doenças imunopreveníveis, coberturas vacinais, doenças não transmissíveis, mortalidade geral, mortalidade proporcional por idade).

2) Determinantes e condicionantes de saúde – subdivido em aspectos socioeconômicos, condições de vida, trabalho e ambiente e complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde.

3) Acesso a ações e serviços de saúde – subdivido em atenção primária, atenção especializada, transplantes, atenção às urgências e emergências, assistência farmacêutica, saúde mental, atenção à saúde da população indígena, saúde da população negra, regulação e controle do sistema de saúde e vigilância em saúde.

4) Gestão em Saúde – subdivido em organização administrativa da SES, gestão do trabalho e educação em saúde, planejamento, financiamento e participação e controle social.

- Objetivos, Diretrizes e Metas.

5.4 Técnica de Coleta de Dados

A coleta e a análise de dados foram realizadas em duas etapas, utilizando duas matrizes de planejamento, desenvolvidas pela pesquisadora, nas quais, por meio do manuseio das fontes de dados secundários, no caso os Instrumentos de Planejamento do SUS, consolidou-se o preenchimento das mesmas.

a) 1ª etapa do monitoramento

Por meio do uso da matriz de planejamento (figura 1) coletaram-se os seguintes dados: as diretrizes e as metas programadas no PS 2012-2015; essas mesmas metas do PS planejadas ou não em cada uma das três Programações Anuais de Saúde (2012, 2013 e 2014) e o resultado da implantação das referidas metas em cada exercício, demonstrado por meio de três Relatórios Anuais de Gestão (2012, 2013 e 2014), bem como os elementos facilitadores e inibidores da implantação, registrando, também, o número das páginas em que cada informação foi encontrada, conforme planilha abaixo:

DIRETRIZ	META PS 2012-2015	META PAS 2012	LEGENDA			META PAS 2014	META RAG 2014	FACILITADORES / INIBIDORES
			META RAG 2012	META PAS 2013	META RAG 2013			
			CONCLUÍDA	CONCLUÍDA	CONCLUÍDA			
			EM ANDAMENTO	EM ANDAMENTO	EM ANDAMENTO			
			NÃO EXECUTADA	NÃO EXECUTADA	NÃO EXECUTADA			

Figura 1: Matriz de monitoramento dos instrumentos de planejamento do SUS

Definição do *Score*:

Desenvolvido com o objetivo de monitorar o cumprimento das metas e, com base no Sistema de Planejamento do SUS que define que a meta do PS é quadrienal e que a da PAS e do RAG é anual, a pesquisadora estabeleceu os seguintes critérios:

- Cor verde - representa a meta com pelo menos 25% de cumprimento da meta quadrienal, no período indicado;
- Cor amarela – representa a meta considerada em andamento, isto é, abaixo dos 25% de cumprimento, no período indicado.
- Cor vermelha - representa a meta não executada no período indicado.

Demonstra-se, conforme figura 2, abaixo, a exemplificação do preenchimento da Matriz de Monitoramento (figura 1).

DIRETRIZ	LEGENDA			LEGENDA			LEGENDA		
	META PS 2012-2015	META PAS 2012	META RAG 2012	META PAS 2013	META RAG 2013	META PAS 2014	META RAG 2014	FACILITADORES/ INIBIDORES	
3 – Fortalecimento das ações de vigilância em saúde junto aos municípios, visando à redução de riscos e danos à saúde da população.	3.	6.	6 - 05	META REVISADA	22.	Meta realizada em 2013	Meta realizada em 2013	FACILITADORES: Todos os CTA's do Estado de Goiás estão qualificados e solicitam junto à coordenação teste rápido de hepatites virais.	
	Implantar teste rápido para triagem de hepatite s virais B e C nos 17 CTAs existentes até 2013 (PG 100).	Implantar teste rápido para triagem de hepatites virais B e C nos 17 CTAs existentes até 2013 (PG 35).	capacitações em Teste Rápido de triagem para Hepatites B e C realizadas (PG 64).	22. Implantar teste rápido para triagem de hepatites virais B e C nos 16 CTA's existentes até 2013 (PG 60).	Qualificações realizadas; 48 monitoramentos semanais realizados (PG 93).				

Figura 2: Demonstração do preenchimento da matriz de monitoramento

É importante ressaltar que essa 1ª etapa foi realizada nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2015.

b) Segunda etapa do monitoramento

Após a coleta e sistematização dos dados, foi elaborada outra planilha (conforme figura 3, constante no apêndice 1) com o objetivo de averiguar o percentual total de

cumprimento de cada meta com relação aos três anos monitorados. Esse segundo momento consistiu na tabulação dos dados, em que se procurou somar o percentual de execução de cada meta, em cada ano monitorado, com base no seguinte *score*.

Definição do *score*

Como critérios utilizados para a aferição do percentual de execução das metas referente ao total dos três anos monitorados, definidos pela autora, estão:

- Meta não executada (0%) - na cor vermelha.
- Meta em andamento inicial - de 1% a 50% de realização, na cor amarela.
- Meta em andamento em estágio avançado - de 51% a 99%, na cor laranja.
- Meta executada - 100%, na cor verde.

		LEGENDA
		NÃO EXECUTADA
		EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL
		EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
		CONCLUÍDA
DIRETRIZ	META	RESULTADO DO ACOMPANHAMENTO (RAG 2012, 2013 2014)

Figura 3: Matriz (score) de tabulação dos dados

Chega-se, então, ao resultado final alcançado pelas áreas da SES-GO com relação ao que foi planejado no PS 2012-2015 e executado durante os três anos monitorados, sabendo-se que falta um ano para o término de vigência do referido instrumento. Essa etapa foi realizada nos meses de abril e maio do exercício de 2015. Exemplifica-se o preenchimento da Matriz de Tabulação dos dados (figura 3), conforme figura 4.

		LEGENDA
		NÃO EXECUTADA
		EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL
		EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
		CONCLUÍDA
DIRETRIZ	META	RESULTADO DO ACOMPANHAMENTO (RAG 2012, 2013 2014)
3 - Fortalecimento das ações de vigilância em saúde junto aos municípios, visando à redução de riscos e danos à saúde da população	3 - Implantar teste rápido para triagem de hepatites virais B e C nos 16 CTA's existentes até 2013 .	CONCLUÍDA

Figura 4: Demonstração do preenchimento da matriz de tabulação de dados (figura 3)

Nessa etapa, pretendeu-se demonstrar o monitoramento da implantação das metas do Plano Estadual de Saúde 2012-2015, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, investigou-se o uso desse instrumento de planejamento como mecanismo de gestão, utilizando os dados produzidos durante o referido processo e a sistematização dos relatórios.

c) Critérios de Inclusão

Ao se definir os critérios para inclusão e avaliação das metas, levaram-se em conta as seguintes considerações: das 582 metas previstas no PS 2012-2015, foram monitoradas 291, correspondendo a 50% das metas planejadas; as metas constantes no PS têm o seu cumprimento idealizado para o período de quatro (4) anos; nas PAS, são detalhadas as metas anuais e nos RAG, é que estão demonstrados os resultados alcançados com a execução das metas programadas nas PAS (conforme Sistema de Planejamento do SUS). Logo, a Programação Anual de Saúde possui caráter propositivo e o Relatório Anual de Gestão analítico/indicativo.

Sendo assim, os critérios adotados foram:

- Em cada diretriz planejada, selecionou-se o equivalente à metade das metas previstas no PS;
- Observou-se a ordem em que foram sistematizadas no PS, considerando constituírem uma seleção de prioridades, com base na relevância das mesmas;
- Realizou-se a análise da importância de cada uma delas para a consecução dos resultados almejados, fundamentada na participação e experiência da autora no momento de elaboração do PS.

d) Critérios de Exclusão

Foram descartados os outros 50% das metas planejadas no PS, por opção da pesquisadora em se trabalhar com a amostragem equivalente à metade das metas.

5.5 Análise de dados

Para a realização do estudo foram empregadas as técnicas de análise documental, passando pelas etapas de busca, identificação e posterior classificação dos documentos utilizados.

Foram categorizados, dentre eles, aqueles que subsidiaram a elaboração do objeto da pesquisa, o Plano Estadual de Saúde, conforme se seguem:

- Eixos estratégicos definidos pelo nível Central da Gestão: correspondem ao agrupamento de temas norteadores do planejamento.
- Plano de Governo apresentado pelo então candidato ao Governo do Estado de Goiás em 2010 e, posteriormente, eleito Governador.
- Termo de Compromisso de Gestão Estadual 2008-2011 – documento que formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias assumidas pelo gestor de saúde e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.
- Plano Plurianual Estadual 2008-2011 e 2012-2015 – é um plano de médio prazo, que estabelece as diretrizes, objetivos e metas a serem seguidos pelos Governos

Federal, Estadual ou Municipal ao longo de um período de quatro anos. É utilizada uma avaliação dos resultados alcançados com a implantação do mesmo.

- Plano Estadual de Saúde 2008-2011 - instrumento básico que norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS, a partir de uma análise situacional, refletindo as necessidades de saúde da população e os componentes de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde. Apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos expressos em diretrizes, objetivos e metas. Foi utilizada a avaliação dos resultados alcançados com a implantação dos mesmos.
- Plano Nacional de Saúde 2012- 2015 – Orientando a elaboração do PS do Estado.
- Mapa de Saúde do Estado de Goiás 2012 – é descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (GOIÁS, 2011).
- Relatórios das Conferências Estadual (7ª) e Nacional (14ª) de Saúde – É um documento proveniente da realização das Conferências de Saúde, da qual emanam as diretrizes que orientarão a elaboração do Plano de Saúde.
- Compromissos do Ministério da Saúde para a gestão, expressos no discurso de posse do Ministro.
- Os Objetivos do Milênio para 2015 - são compromissos firmados pelo Brasil e por todos os Estados-Membros das Nações Unidas visando ao combate da pobreza e outros males da sociedade.
- Informe Final das Funções Essenciais de Saúde Pública no Estado de Goiás – instrumento que tem por objetivo permitir uma autoavaliação da Gestão Estadual SUS, possibilitando uma análise real e profunda dos pontos positivos ao mesmo tempo em que identifica como o sistema pode ser otimizado para produzir o melhor resultado, apontando, também, as debilidades e os rumos para melhorar o desempenho das práticas de saúde no Estado.

- Regulamento da SES-GO - conjunto organizado e coerente de preceitos ou normas que regem o funcionamento de uma organização.

Foram consultados livros, artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado abordando temas correlacionados com o objeto da pesquisa: planejamento, gestão pública, políticas públicas, tecnologias de gestão, metodologias etc.

5.6 Aspectos Éticos

Por meio de levantamentos realizados, não se tem conhecimento de nenhum projeto realizado sobre este tema no Estado de Goiás, dentro da referida linha de pesquisa, não gerando, portanto, nenhum conflito de interesses.

O projeto foi avaliado segundo os padrões éticos recomendados pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

A pesquisa foi realizada após a autorização do Secretário Estadual de Saúde que assinou o Termo de Autorização para Utilização e Manuseio de Dados - TAUMD (Apêndice 4), constante no processo de nº 201400010019720 autuado na SES-GO, com a finalidade de esclarecer e registrar a participação da referida instituição no estudo, garantindo o anonimato dos participantes desta.

Os riscos para a instituição foram minimizados, tendo em vista a utilização de informações obtidas somente de fonte de dados secundários e a análise das mesmas feitas em um contexto geral.

Quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados alcançados possibilitarão um melhor direcionamento da Gestão do SUS em Goiás, por meio da implantação/ implementação das ações e serviços de saúde, visando ao atendimento das crescentes demandas de saúde da população; à educação permanente dos profissionais do SUS e à garantia do financiamento para os mesmos. Por conseguinte, vislumbra-se a utilização do Plano como um meio de otimização de recursos humanos, materiais e financeiros; de análise de ambiências; de prospecção de futuro; de orientação e transparência do processo de gestão do SUS.

A pesquisadora comprometeu-se a apresentar o projeto final, sob a forma de relatório de pesquisa a ser enviado à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, e divulgar os resultados em congressos, palestras, conferências e outros.

RESULTADOS / DISCUSSÃO

6. RESULTADOS / DISCUSSÃO

6.1 Análise do Desenho Metodológico da Elaboração do Plano Estadual de Saúde 2012-2015

Fazendo uma retrospectiva das ações empreendidas pela SES-GO, no sentido de concretizar a elaboração do PS 2012-2015, identifica-se que o referido processo ocorre em um cenário que se caracteriza pelo início de uma nova administração, com a posse do Secretário de Estado da Saúde apresentando propostas para a gestão do SUS em Goiás, com objetivos e linhas de ação definidos por meio de um Plano Político, formulado pelo então candidato ao Governo.

Outro importante evento que compõe esse cenário é a publicação da Lei Estadual nº 17.257/2011, que dispõe sobre a organização administrativa do Poder Executivo, ocasionando uma reforma estrutural na Secretaria, que tem o seu número de Gerências aumentado, porém, perde a Superintendência de Planejamento, que se agrega à área de Administração e Finanças constituindo uma só estrutura, Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças, ficando o planejamento do SUS e o do Governo a cargo da Gerência de Planejamento.

O Plano Estadual de Saúde (PS), considerado um dos instrumentos de planejamento do SUS, conforme Portaria GM/MS nº 3.332/2006, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos e segue o seguinte fluxo de elaboração: 1º) da análise da situação saúde do Estado, quando são definidos, formulados e priorizados os principais problemas e suas respectivas causas e 2º) dos objetivos, diretrizes e metas, a partir da definição das prioridades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Reporta-se ao período de janeiro de 2011, quando é instituído o Grupo Condutor da Comissão de Planejamento pelo Secretário, vinculado à Assessoria do Gabinete do mesmo, responsável pela construção de uma proposta para a realização do referido instrumento.

Em seguida, são definidos pelo nível Central da Gestão da SES, Secretário e Superintendentes, os eixos prioritários que deveriam reger o aludido plano, sendo eles: Modernização da gestão; Fortalecimento das ações de promoção, proteção e

recuperação da saúde; Melhoria da gestão das unidades próprias da SES; Potencialização da cooperação técnica e financeira com os municípios e Humanização do atendimento.

A partir desse momento, são indicados representantes das diversas áreas da SES-GO para comporem a Comissão, constituída por membros das oito Superintendências e das Regionais de Saúde, Gerentes, representantes do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Registra-se aqui a ausência do Conselho Estadual de Saúde (CES) que, sendo convidado a participar do referido momento, recusa-se, entendendo que o seu papel corresponde à análise e aprovação do mencionado documento, após sua finalização.

Apesar de as diretrizes do Plano Estadual de Saúde emanarem das Conferências de Saúde, sente-se a falta de participação do CES no momento da sua respectiva formulação, por perceber o papel do Conselho como instrumento de gestão participativa, na qual, por meio desse, são definidas as políticas de saúde, garantindo a participação da sociedade

Santos (apud Pereira, 2001, p. 19) cita a importância dos Conselhos de Saúde como novos centros de poder, trazendo para o espaço público o debate das demandas da sociedade:

Nesse contexto, os Conselhos de Saúde se constituem novos centros de poder e contribuem para trazer ao espaço público, o debate de demandas da sociedade, antes só discutidas nos gabinetes. Todavia, em um País como o Brasil, ainda insuficientemente irrigado pela legitimidade democrática, onde vivemos situações tão díspares na sociedade e marcado pelas desigualdades sociais, o avanço democrático está associado às condições concretas do exercício da democracia, tendo como caminho, a descentralização e a participação cidadã.

A comissão, então constituída, é compreendida como os atores sociais definidos por Matus (apud TEIXEIRA, 2010, p. 27), ou seja, uma pessoa, um grupamento humano ou uma instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos na situação.

A seguir, descreve-se o método de planejamento desenvolvido por Matus (1993), constituído por quatro (4) momentos: Explicativo, Normativo, Estratégico e Tático-operacional.

Momento Explicativo

Com a definição, pela equipe SES-GO, da metodologia a ser utilizada, o Planejamento Estratégico Situacional (PES), pretendeu-se, não somente identificar e selecionar conhecimentos, técnicas e instrumentos de trabalho que visem elencar os problemas existentes, bem como implementar políticas públicas que propiciem a melhoria do desempenho institucional da Secretaria Estadual de Saúde.

Como parte da proposta conceitual e metodológica de Matus (1993), a situação é entendida como um conjunto de problemas identificado, descrito e analisado na perspectiva de um determinado ator social e que o problema é considerado como algo fora dos padrões da normalidade, presumindo-se que de acordo com a visão que o ator possui, será o cenário que ele irá desenhar.

Para Azevedo (1992), no enfoque situacional, o planejamento é realizado por atores que têm interesses específicos, explicações diferentes da realidade, e cada perspectiva estará marcada, condicionada, limitada pela inserção particular de cada ator.

Em maio de 2011, a SES-GO se submete à aplicação do Instrumento de Medição de Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública no Estado (FESP), estratificadas em onze funções a serem exercidas pela autoridade sanitária (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p.17), consideradas fundamentais para o fortalecimento da gestão:

O seu desenvolvimento fundamenta-se na importância de fortalecer as funções essenciais que competem ao Estado na perspectiva de melhorar a prática de saúde pública e construir instrumentos capazes de avaliar a atual situação, identificando áreas críticas que precisam ser fortalecidas e reforçar a liderança das autoridades sanitárias em relação ao sistema de saúde.

Essa avaliação origina o Informe Final FESP, cuja principal finalidade consiste em subsidiar as autoridades sanitárias estaduais, a partir dos resultados evidenciados, por meio dos indicadores analisados, elementos que subsidiam não somente a detecção de problemas, mas a definição de políticas públicas de saúde para resolvê-los, bem como o estabelecimento da sua agenda de prioridades.

O citado documento é apresentado, evidenciando as fragilidades do sistema de saúde em Goiás, abrindo caminho para a formulação de uma análise situacional,

considerada um dos momentos do enfoque estratégico situacional proposto por Matus, o explicativo, que corresponde ao processo de identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde de uma população com o objetivo de demonstrar as necessidades sociais e determinar as prioridades de ação.

Na busca pela aplicação da metodologia, realizaram-se várias reuniões, oficinas de trabalho e seminários com as equipes técnicas de todas as Superintendências, apresentando a sistematização desenvolvida pelo Ministério da Saúde acerca dos eixos orientadores para a análise situacional, ficando claras as dificuldades demonstradas pelos grupos, quanto à assimilação do conteúdo disseminado, havendo a necessidade de capacitação dos mesmos de forma continuada.

Dentre os eixos citados, estão (PlanejaSUS, Cad. 2, 2009, p.22):

As condições de saúde da população (este eixo concentra os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde); Os determinantes e condicionantes de saúde (este eixo concentra medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores – intersectorialidade), e; a gestão em saúde (este eixo concentra, entre outras, medidas que se configuram essenciais à melhoria e/ou ao aperfeiçoamento da gestão na respectiva esfera, tais como recursos humanos, participação social, infra-estrutura, descentralização etc).

Posteriormente, com o advento do Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, importantes mudanças são introduzidas principalmente no planejamento, como: a instituição do Mapa de Saúde, bem como a sua utilização na identificação das necessidades de saúde, orientando o planejamento integrado dos entes federativos e contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde; a criação dos Contratos Organizativos de Ação Pública, que sacramentará a relação entre as esferas de governo, entre outros (BRASIL, 2011).

Em decorrência dessas mudanças, realiza-se o IV Encontro de Saúde para a elaboração do Mapa de Saúde no Estado e do novo Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos (PDRI). É fundamental ressaltar que, após esses redirecionamentos apresentados pelo Decreto, faz-se necessário promover adequações para a organização do Plano, objetivando a sua concordância com as alterações propostas.

Realizam-se reuniões com integrantes das diversas áreas da Secretaria, para a consolidação do diagnóstico situacional em saúde, com vistas à articulação dos

diversos olhares lançados ao problema pelas disciplinas e saberes específicos presentes em cada instituição, citados por Teixeira (2010, p.56).

Por orientação da referida autora, são considerados cinco passos para identificar os problemas e necessidades de saúde de uma população, ou seja: a sistematização de um conjunto de indicadores demográficos, sociais e epidemiológicos; a identificação dos problemas propriamente ditos; a seleção de prioridades; a construção da rede explicativa dos problemas priorizados e a apresentação dos resultados dos passos anteriores para as equipes técnicas (TEIXEIRA, 2010).

Para que esses passos ocorram, é imprescindível que os atores sociais envolvidos no processo, coloquem em discussão as informações existentes, refletindo sobre cada uma delas, de acordo com a experiência de cada um.

No sentido de facilitar e direcionar a elaboração da análise situacional, bem como das etapas seguintes, a equipe responsável pela coordenação e consolidação da elaboração do Plano explana ainda sobre o Método do Marco Lógico (MML).

Utiliza-se a Árvore de Problemas, um diagrama simples que tem por objetivo explicar o problema, identificando as suas raízes (causas) e seus galhos (consequências), sabendo que o conhecimento desses propiciará uma maior chance de acertos na formulação das ações.

Posteriormente, resgatam-se os produtos formulados pelos grupos responsáveis pela elaboração de cada eixo estratégico e revisam-se as informações demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas utilizadas pelas áreas, promovendo a consolidação da Análise da Situação de Saúde (ASIS).

Porém, ao término da referida fase, na construção da ASIS, o que se observa é a detecção dos problemas de forma segmentada, sem maiores aprofundamentos, com pouca articulação e integração esperada entre os diversos setores da SES, implicando em uma melhor sistematização dos dados pela equipe de coordenação.

Fazendo uma comparação com o resultado evidenciado nas Funções Essenciais de Saúde Pública e o que foi planejado no PS 2012-2015, sabendo que as FESP demonstram a avaliação da gestão estadual, identificando as funções que estão mal estruturadas e necessitando de ações que as fortaleçam, pois ao serem avaliadas foram consideradas abaixo da média pontuada pelo Estado, observam-se:

- Promoção e garantia da qualidade de serviços de saúde; administração, desenvolvimento e formação de recursos humanos e promoção da saúde, avaliadas nas FESP com necessidade de maior fortalecimento, foram as diretrizes com o maior número de metas planejadas no PS, ou seja, 55, 60 e 29 metas, respectivamente.
- Quanto à coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde; à capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde, e; ao desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde, funções que também demonstraram, conforme as FESP, necessidade de melhor reestruturação, apresentaram menor número de metas planejadas no PS, ou seja, 12, 8 e 7, respectivamente. Das 12 metas referentes à coordenação do processo de regionalização e descentralização, sete ainda não foram executadas (conforme RAG 2014). Das oito metas, acerca da capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde, duas não foram executadas e seis estão em andamento. As sete metas, da diretriz de desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento, estão em andamento.

O momento Normativo

Para Matus (1993, p.350), o segundo momento do PES, o normativo, corresponde ao que deve ser feito, levando à mudança da situação-inicial (problemas e oportunidades) em direção à situação-objetivo (situação desejada).

É definido pelo PlanejaSUS como a fase de elaboração, estabelecendo: objetivo – que expressa o que se pretende fazer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados; diretrizes – são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas; metas - são expressões quantitativas de um objetivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Com relação às diretrizes, é importante ressaltar que elas emanam das Conferências de Saúde, regulamentadas pela Lei 8.142/1990, sendo realizadas pelos Conselhos de Saúde, a cada quatro anos, representando o olhar da sociedade civil (BRASIL, 1990). Em Goiás, as diretrizes que subsidiaram a elaboração do PS originaram das Conferências Estadual (7ª) e Nacional (14ª) de Saúde.

Elaboram-se, nesse momento, um objetivo geral, 15 diretrizes e 381 metas, pretendendo o enfrentamento dos problemas priorizados e explicados na etapa anterior, sendo considerado o ponto de partida para o processo de formulação das propostas de intervenção. Identificam-se, por parte dos atores sociais, dificuldades quando ao entendimento conceitual acerca dos componentes acima citados.

Essa fase, pertinente à elaboração do PS, foi conduzida pela Assessoria do Gabinete do Secretário, conforme determinação do mesmo, ficando os demais momentos a cargo da Gerência de Planejamento que, segundo o Regulamento da SES-GO, é a área responsável pelas referidas competências.

Momento Estratégico

Prosseguindo para o terceiro momento do Planejamento Estratégico Situacional, o estratégico, verifica-se a questão da viabilidade e, portanto, os obstáculos a serem vencidos para aproximação da realidade da situação eleita como objetivo. Para Matus (1993, p.404), está centrado no cálculo da articulação entre o que deve ser e o que pode ser.

Para Teixeira (2010, p.65), essa etapa corresponde ao desenho das propostas de intervenção que incluem: definição das linhas de ação, a análise de viabilidade das intervenções propostas e a elaboração de projetos dinamizadores para a construção da viabilidade do plano.

Refere-se, ainda, à construção das ações, propriamente ditas, pelos participantes, exigindo dos mesmos experiências acumuladas em suas respectivas funções, bem como revisão bibliográfica sobre o tema abordado, dando início à organização da Programação Anual de Saúde.

Com o objetivo de operacionalizar as intenções expressas no Plano de Saúde, define-se a Programação Anual de Saúde (PAS), com a seguinte composição: Metas anuais pretendidas; as ações para o cumprimento dessas metas, recursos orçamentários necessários e indicadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Ressaltam-se aqui os conceitos dos seguintes termos, previstos no PlanejaSUS, como: a) Ações - são as medidas ou iniciativas concretas a serem desenvolvidas e

que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e das metas propostas no Plano de Saúde; b) indicador – é um índice que reflete uma situação determinada, a partir de variáveis, que permitem medir mudanças e determinar o grau de cumprimento das metas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 27).

Para a concretização dessa fase, realizam-se várias oficinas, apresentando planilhas (módulos operacionais) às áreas técnicas para serem preenchidas objetivando facilitar e dar direcionalidade ao processo, considerando que a partir das diretrizes e das metas propostas, anteriormente, definam-se: as ações para o enfrentamento dos problemas; os responsáveis, prazos e recursos envolvidos; a análise de viabilidade, incluindo não somente o aspecto financeiro, mas os recursos físicos, humanos e materiais e indicadores de acompanhamento.

Também nessa etapa, verificam-se dificuldades, provenientes de entendimento conceitual, acerca da elaboração das metas anuais, bem como das ações, por parte dos atores envolvidos.

São definidos os responsáveis, prazos e recursos financeiros, humanos, materiais e físicos necessários para a execução das ações planejadas.

Porém, quanto à viabilidade política, percebe-se, nesse instante, a priorização de algumas diretrizes em detrimento de outras, por já fazerem parte da proposta do Plano de Governo apresentado no início da gestão e, pertinente à viabilidade técnico-operacional. No que se refere à disponibilidade de recursos técnicos, constata-se a existência de áreas com grande acúmulo de conhecimento na SES e outras, necessitando de habilidades técnicas para a execução das ações propostas.

Momento tático-operacional

O quarto e último momento do enfoque estratégico, o tático-operacional, caracteriza-se pelo “fazer”. Sendo o planejamento concebido por Matus (1993), como o cálculo que precede e preside a ação e as possibilidades ou o alcance do processo de planejamento se darão pela capacidade desse cálculo alterar, conduzir, orientar as ações presentes.

Teixeira (2010, p.69) refere-se a essa etapa como gerenciamento da execução – programação e orçamentação:

Momento que corresponde à programação detalhada das ações a serem realizadas, concomitante à condução e ao estabelecimento dos mecanismos de acompanhamento e avaliação do processo e dos resultados alcançados e à gerência cotidiana da execução das ações propostas.

Esse é o tempo em que os responsáveis e participantes da execução das ações planejadas assumem para si o papel de negociação, articulação, estabelecimento de alianças estratégicas para garantirem a operacionalização do Plano.

Matus (1993, p.487) subdivide esse momento em dois movimentos, avaliação da situação na conjuntura e decisão sobre problemas e operações, sendo: O primeiro, avaliação situacional, é o juízo que permite captar e avaliar a realidade, analisar o desenvolvimento inicial de novos problemas e avaliar a direcionalidade do processo. O segundo — o momento das decisões — volta-se para a resolução dos problemas e operações, ou seja, é a forma de correção mútua entre plano e realidade, ajustando-se um ao outro conforme as circunstâncias e mediante decisões e ações concretas.

Essa etapa corresponde ao monitoramento e avaliação dos indicadores instituídos, sejam eles de processo, de produto ou de resultados, que ao serem acompanhados permitem a identificação de eventual necessidade de mudanças na organização e gestão das instituições.

Considerado o momento decisivo para o Planejamento Estratégico Situacional, Chorny (2008, p.12) pondera: “O planejamento será julgado em relação à forma como esse cálculo foi capaz de alterar, conduzir e orientar cada passo dado no dia a dia e será avaliado em relação à aproximação do objetivo final.”

Matus (1991) compreende que o fracasso do planejamento é, também, fracasso da condução, e que as causas desse se dão pela falta de instrumentos, procedimentos e técnicas de condução. Enfatiza, também, a necessidade de desenvolver instrumentos para que aquele que tenha a responsabilidade da condução, o governo, com os seus elementos técnicos, consigam exercê-la e aumentem a governabilidade do sistema.

Quanto à ocorrência desse momento na SES, não se identificam iniciativas/estratégias de monitoramento pelos atores responsáveis, ficando a execução das ações a cargo das áreas técnicas, e condizente à etapa da avaliação é desempenhada somente por ocasião da elaboração do Relatório Anual de Gestão.

6.1.1 Aplicação do Método do Marco Lógico (MML)

Para que todas as fases de elaboração do Plano Estadual de Saúde ocorressem a contento, a Equipe de Coordenadora de todo o processo de planejamento apresenta para as diversas áreas da SES o método do Marco Lógico, orientando a formulação da análise situacional e, por consequência, dos seus objetivos, diretrizes e metas.

Segundo a Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento (ASDI, 2003, p.3), o Marco Lógico apresenta as seguintes definições: um instrumento de planejamento a partir de objetivos, análise, apreciação, acompanhamento e avaliação de projeto; um meio auxiliar para a elaboração de uma análise lógica e estruturada para o planejamento; um enquadramento que fornece a estrutura de coordenação para o processo de planejamento; um instrumento que aborda os diversos elementos num processo de planejamento (problemas, objetivos, partes interessadas, plano de implementação, etc.) e um meio auxiliar para criar participação/ responsabilidade/ propriedade.

Para Lima (2003, p.3) o método se inicia por meio da construção de uma árvore de problemas, a partir do *brainstorming process*, com a clara identificação do problema central abordado ou a ser abordado pelo programa ou projeto, bem como suas causas e efeitos. Demonstra como resultado a clara percepção de um conjunto de deficiências, dentre as quais uma é identificada como problema central, tendo as demais deficiências percebidas classificadas como causas ou como efeitos associados ao problema central.

A seguir, como segunda etapa do MML, elabora-se a Árvore de Objetivos, convertendo a hierarquia de causa e efeito da árvore de problemas, em meios e fins do projeto, conforme os seguintes passos: Desenhar um esquema idêntico ao da Árvore de Problemas; Reescrever em cada retângulo as condições negativas da Árvore de Problemas em condições positivas; O que eram causas (árvore de problemas) passam a ser meios (árvore de objetivos) e o que eram meios passam a ser fins.

Para dar sequência à consecução das demais fases do Plano, sugere-se às equipes técnicas da SES a utilização da Matriz de Estrutura Lógica, instrumento de gestão do Marco Lógico, como uma ferramenta facilitadora da formulação do referido processo, de acordo com figura (5) abaixo:

	DESCRIÇÃO	INDICADORES	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	PRESSUPOSTOS
FINALIDADES				
OBJETIVOS/ PRODUTOS				
METAS				
RECURSOS				

Figura 5: Matriz de estrutura lógica

Observa-se que no sentido vertical, são definidos: finalidades - o objetivo global em que o projeto se insere; objetivo/produto - ou seja, o propósito do projeto, o que será alcançado quando o projeto estiver concluído; metas - correspondem aos diversos produtos intermediários, devendo ser expressas, sempre que possível quantitativamente e os recursos - representam as soluções necessárias à obtenção dos produtos.

No sentido horizontal, verificam-se: descrição – exposição do projeto; indicadores – unidade de medida; meios de verificação – refere-se aos instrumentos e documentos de aferição dos indicadores e pressupostos - situações e fatores externos que, estando fora do controle e influência do projeto, podem alterar sua condição de viabilidade.

A utilização dessa metodologia não somente subsidia a elaboração da análise situacional, bem como os objetivos e metas a serem propostos, identificando o produto a ser obtido quando o projeto tiver sido concluído e os indicadores que irão mensurá-lo.

Após a apresentação da metodologia na SES-GO, verifica-se que a área responsável pela condução do planejamento não deu sequência à sua utilização pelas equipes técnicas, evidenciada por meio da não realização de oficinas visando a sua empregabilidade e a ausência de produção de relatórios técnicos, e o método que poderia facilitar e dar foco às ações a serem implementadas, bem como ao processo de monitoramento e avaliação, não foi aplicado.

6.2 Análise dos Resultados Alcançados com a Implantação do PS 2012-2015

A formulação do PS 2012-2015 tem início e finalização no exercício de 2011, período em que se deu o seu encaminhamento ao Conselho Estadual de Saúde para análise e posterior aprovação, constituindo-se de: 1 Objetivo Geral, 15

Diretrizes e 381 Metas. O referido instrumento configura-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

As Programações Anuais de Saúde apresentam, no decorrer dos quatro anos do quadriênio 2012 - 2015, um aumento do número de metas programadas, ou seja, em 2011, quando o PS foi elaborado, continha 381 metas, que, no decorrer dos quatro anos seguintes, foram acrescidas para 582 metas, conforme figura 6:

DIRETRIZ	METAS PS (2011)	METAS TOTAIS POR DIRETRIZ (PS)	METAS PROGRAMADAS PAS 2012	METAS PROGRAMADAS PAS 2013	METAS PROGRAMADAS PAS 2014
1	17	19	11	15	13
2	39	57	27	20	24
3	52	96	64	51	50
4	19	33	14	23	20
5	3	4	2	3	3
6	9	11	7	5	5
7	13	13	10	3	2
8	15	22	12	18	19
9	4	5	4	2	2
10	13	35	14	23	14
11	14	15	7	6	7
12	23	35	21	14	12
13	64	110	39	53	57
14	95	126	39	54	74
15	1	1	1	1	1
TOTAL	381	582	272	291	303

Figura 6: Quadro de metas estabelecidas nos instrumentos de planejamento do SUS – 2012-2014

É sabido que o planejamento não é estático e deve ser revisto com o passar dos anos, quando, na busca por melhores resultados para a saúde da população, deve-se promover a alteração de estratégias, inserir, retirar e/ou redirecionar as ações programadas.

Sendo assim, segundo a Figura 6, observa-se que, apesar do aumento do número de metas, tendo como base o PS, durante os anos que se seguiram (2012, 2013 e 2014), as PAS não contemplaram o total das metas planejadas por diretriz, no momento de sua execução.

Como se pode ver, no que se refere à Diretriz 1, quando foi prevista no PS, em 2011, continha 17 metas, no ano de 2012, foram inseridas mais duas metas,

passando para 19 metas, sendo programadas, porém, 11 metas no referido período e, nos anos que se seguiram, 2013 – 15 metas, 2014 – 13 metas. O que se pondera é sobre a necessidade de se propor metas que não serão programadas nas PAS no decorrer dos anos, ou se essas foram reavaliadas e consideradas não pertinentes, deveriam ser retiradas, evidenciando a inconformidade das mesmas no próprio instrumento de planejamento.

Pode se dizer ainda mais que, em todos os anos analisados, não se planejou o total das metas existentes por diretriz, não havendo, muitas vezes, continuidade de execução da mesma meta de um ano para o outro, ou seja, a meta planejada em um ano, não foi prevista no ano seguinte.

Ressalta-se que, se o monitoramento estivesse sendo realizado, identificar-se-iam quais os fatores que estavam dificultando a implantação, atuando na resolução do problema, o que remete à não atuação dos sujeitos do planejamento em conformidade com a teoria do Agir Comunicativo, que considera os atores envolvidos como agentes de transformação social, comprometidos com os resultados a serem alcançados, atuando para resolvê-los.

Outro aspecto, também, notado refere-se à visão do processo de planejamento de políticas, descrito por uma das escolas de planejamento, onde presumem as políticas públicas associadas à atividade de elaborar planos e que esses, depois de finalizados, se fossem bem feitos, por si só já garantiriam a sua implementação. Relacionando essa concepção ao procedimento de implementação do PS SES-GO, ressalta-se que o fato de formular planos sem o acompanhamento e o controle dos mesmos, não lhes garantem os seus cumprimentos.

Conforme cita o Caderno de Planejamento do SUS, se os objetivos e as metas estiverem suficientemente claros e precisos, a elaboração da Programação anual de Saúde será bastante facilitada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Para verificar o cumprimento das metas planejadas foram utilizados os Relatórios Anuais de Gestão, conceituados como “instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.19). Importa aqui evidenciar que os processos de monitoramento e avaliação devem ser contínuos e não somente por ocasião da elaboração do RAG.

Neste trabalho procurou-se analisar 50% das metas previstas e incorporadas ao PS, com o decorrer dos quatro anos, ou seja, 291 metas, abrangendo: metas inseridas no PS, por meio do seu planejamento nas PAS; metas revisadas, durante o decorrer dos anos; metas com o seu percentual reduzido; metas ampliadas; metas, que por fazerem parte de uma mesma política, foram agrupadas e entre outros.

É imprescindível ressaltar que no Plano as metas programadas são para o quadriênio e nas PAS, anuais. Porém, não se observa, muitas vezes, a divisão que deveria ter sido realizada para a implantação das metas do quadriênio, de forma anual, destacando: metas com dimensionamento diferente para cada ano, independente do que foi planejado como meta geral no PS que, ao serem realizadas, fica-se na dúvida se realmente foram cumpridas, devido ao fato de não estarem bem calculadas; metas ampliadas sem ao menos ter sido realizado o que foi planejado para o ano anterior; metas que poderiam ser consideradas ações e/ou atividades de rotina e metas, que ao serem avaliadas nos Relatórios Anuais de Gestão, apresentam indefinição quanto ao resultado obtido.

De acordo com a Figura 7, com relação ao resultado de monitoramento das mesmas, observa-se: 29,5% (86) das metas planejadas não foram executadas; 44% (128), encontram-se em estágio inicial de execução; 17,2% (50), estão em estágio avançado de cumprimento e 9,3% (27), foram concluídas.

TOTAL DE METAS MONITORADAS	ACOMPANHAMENTO	RESULTADO GERAL	RESULTADO GERAL %
291	METAS NÃO EXECUTADAS	86	29,5
	METAS EM ESTÁGIO INICIAL	128	44
	METAS EM ESTÁGIO AVANÇADO	50	17,2
	METAS CONCLUÍDAS	27	9,3
	TOTAL DE METAS	291	100

Figura 7: Resultado geral do monitoramento das metas constantes do PS SES-GO 2012-2015

Com base na amostragem acima pesquisada, esse é o cenário evidenciado até o presente momento, a seis meses de conclusão do referido Plano e em fase de elaboração do PS 2016-2019.

A Figura 8 apresenta os seguintes resultados conforme as diretrizes: com o maior número de metas planejadas; com menor número de metas planejadas e com maior número de metas concluídas.

DIRETRIZES COM MAIOR Nº DE METAS PLANEJADAS	TOTAL	DIRETRIZES COM MENOR Nº DE METAS PLANEJADAS	TOTAL	DIRETRIZES COM MAIOR Nº DE METAS CONCLUÍDAS	TOTAL
14 - Formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de pessoal para o SUS	60	15 - Implementação de ações de comunicação para o fortalecimento das políticas públicas em saúde;	1	14 - Formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de pessoal para o SUS.	10
13 - Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde	55	5 - Fortalecimento da participação e do controle social em saúde;	2	13 - Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde	5
3 - Fortalecimento das ações de vigilância em saúde junto aos municípios, visando à redução de riscos e danos à saúde da população	46	9 - Desenvolvimento de estratégias para a melhoria da qualidade da força de trabalho na SES e para o SUS	3	2 - Implantação/ implementação de Políticas de Promoção à Saúde de forma articulada com outros setores para a prevenção de doenças e agravos, mediante a elaboração de normas e intervenções que favoreçam condutas e ambientes saudáveis e busquem a reorientação do sistema e dos serviços de saúde.	4

Figura 8: Quadro das diretrizes com maior e menor número de metas planejadas e com maior número de metas concluídas

Já a Figura 9, demonstra a seguinte relação das diretrizes: que não apresentaram metas concluídas, que tiveram o maior número de metas não executadas e que apontaram que todas as metas estão em andamento.

DIRETRIZES NÃO APRESENTARAM METAS CONCLUÍDAS	TOTAL	DIRETRIZES COM MAIOR Nº DE METAS NÃO EXECUTADAS	TOTAL	DIRETRIZES COM TODAS AS METAS EM ANDAMENTO	TOTAL
5 - Fortalecimento da participação e do controle social em saúde;	2	13 - Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde	27	5 - Fortalecimento da participação e do controle social em saúde;	2
6 - Desenvolvimento da capacidade institucional de planejamento e avaliação, utilizando a análise da situação de saúde para identificar e definir prioridades no âmbito do estado	7	14 - Formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de pessoal para o SUS;	19	6 - Desenvolvimento da capacidade institucional de planejamento e avaliação, utilizando a análise da situação de saúde para identificar e definir prioridades no âmbito do estado	7
7 - Ampliação da capacidade técnica e institucional para, junto aos municípios, auditar os sistemas e serviços de saúde e fazer cumprir as leis e normas do SU	8	12 - Implementação de ações de inovação tecnológica em saúde;	9	15 - Implementação de ações de comunicação para o fortalecimento das políticas públicas em saúde	1

Figura 9: Quadro-síntese de diretrizes do PS 2012-2015

Com base nas figuras acima esboçadas (8 e 9) e na análise do conteúdo das metas planejadas para cada diretriz mencionada (constantes no Apêndice 1 – Tabulação dos dados), chegam-se as seguintes conclusões:

- Apesar de a Diretriz 14 ter o maior número de metas planejadas (60), inferindo que houve uma focalização em torno da mesma, percebe-se que: somente dez metas foram concluídas, sendo que essas se remetem a capacitações que visavam ao apoio das Gerências das Unidades Regionais de Saúde; nenhuma capacitação acerca do planejamento em saúde foi feita até o presente momento; das 19 metas não executadas, grande parte é pertinente às ações de fortalecimento da Gestão da Atenção Primária.
- A diretriz 13 é a segunda com maior número de metas planejadas no PS (55) e conforme o Plano de Governo, anteriormente citado, e eixos estratégicos definidos pela Alta Gestão da SES, considerada prioridade, demonstra que a maior parte das metas concluídas referem-se à construção e reforma de Unidades Assistenciais de Saúde e que das metas não concluídas (27), também, fazem parte a construção de Unidades de Saúde; a implantação da Política Estadual de Fortalecimento da Rede Hospitalar para o SUS; o aumento de leitos hospitalares e a ampliação dos serviços de média e alta complexidade no Estado.
- A diretriz 3 corresponde à terceira com o maior número de metas planejadas (46), com ações de fortalecimento de vigilância em saúde junto aos municípios, visando à redução de riscos e danos à saúde da população, sendo que dessas quatro não foram executadas e uma foi concluída, o restante, 41 metas, estão em andamento.
- As diretrizes com o menor número de metas planejadas referem-se à: implementação de ações de comunicação (15), visando ao empoderamento das políticas públicas e ao fortalecimento da participação e controle social (5).
- No grupo das diretrizes que não apresentaram metas concluídas estão: o fortalecimento da participação e controle social; o desenvolvimento da capacidade institucional de planejamento e avaliação e a ampliação da capacidade técnica e institucional para, junto aos municípios, auditar os sistemas e serviços de saúde e fazer cumprir as leis e normas do SUS.

- A diretriz 15, pertinente à implementação das ações de comunicação para o fortalecimento das políticas públicas em saúde necessita ser fortalecida, tendo em vista a sua relevância no sentido de dar visibilidade às ações desenvolvidas pela SES-GO, mobilizar e contribuir para que os sujeitos/usuários da política de saúde sejam protagonistas dela e, ainda, como estratégia para a efetivação dos direitos de saúde da população.

Fundamentada na concepção abordada pelo Postulado da Coerência (TESTA, 1992) ao se analisar os propósitos do governo, no caso a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, admite-se a necessidade de uma maior correlação com as metas planejadas e foco nas suas execuções, visando à obtenção dos resultados a serem alcançados quanto à implementação de suas políticas públicas. Acerca das metodologias aplicadas, requerem mais capacitação das áreas técnicas para a compreensão das mesmas, facilitando os seus usos e uma melhor definição e focalização das metas planejadas.

Percebe-se ainda, a necessidade de melhor formulação das metas planejadas, bem como estabelecer prioridades para a execução das mesmas e desenvolver sistemas de monitoramento que permitam o acompanhamento dos indicadores propostos. Pertinente à organização, especificamente, a capacidade estrutural da área de planejamento, evidencia-se necessidade de reestruturação da mesma para melhor exercer suas competências, tendo em vista a amplitude de suas responsabilidades, com uma estrutura reduzida e responsável não somente pela elaboração, execução, monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento do SUS, como os do Governo, sobrecarregando-a.

6.2.1 Principais elementos que influenciaram no processo de implementação do PS 2012-2015

A) Elementos facilitadores do processo de implementação do PS:

Apresentam-se aqui os principais elementos que foram considerados facilitadores no processo de implementação do Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2012-2015.

Os referidos elementos foram retirados dos Relatórios Anuais de Gestão (2012, 2013 e 2014), no que tange a cada uma das metas acompanhadas, fundamentalmente dos itens referentes às observações específicas, da análise sucinta da execução de cada meta, bem como das recomendações.

ELEMENTOS FACILITADORES DA IMPLEMENTAÇÃO DO PS 2012-2015, RETIRADOS DOS RAG (2012, 2013, 2014)
Planejamento com a participação de vários atores, como: Secretário, Superintendentes, Assessores Técnicos, Gerentes, Coordenadores da SES, Representantes do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde, Representantes da Comissão Intergestores Bipartite
Realização pela SES de parcerias com Instituições de Ensino para promover treinamentos, capacitações, palestras, entre outros, no modo presencial e à distância
Equipe técnica da SES-GO mobilizada
Promoção de qualificação dos técnicos municipais pela Secretaria
Realização da SES de parcerias com as Secretarias Municipais de Saúde
Realização de ações e serviços pela SES, junto aos municípios, de forma descentralizada
Realização de treinamentos das equipes técnicas dos municípios
Realização de parcerias com entidades não-governamentais para o financiamento de gastos com qualificação de profissionais
Contrapartida de recursos federais
Estímulo aos técnicos da SES por meio de implantação de prêmio de incentivo
Implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários na SES-GO

Figura 10: Quadro-síntese dos elementos facilitadores da implementação do PS 2012-2015

Um primeiro elemento que contribuiu para a elaboração e execução do plano foi a participação de vários atores sociais, como: Secretário, Superintendentes, Assessores Técnicos, Gerentes, Coordenadores da SES, bem como representantes das Regionais de Saúde, do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde, da Comissão Intergestores Regional, da Comissão Intergestores Bipartite e do Conselho Estadual de Saúde, esse último, somente no momento da aprovação.

Essas participações, diversos atores com diferentes visões, foram importantes na medida em que colaboraram para as seguintes construções: eixos estratégicos do PS; aplicação do Instrumento de medição de desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública; Mapa de Saúde de Goiás; Plano Plurianual 2012-2015 e; Plano Estadual de Saúde 2012-2015.

No âmbito externo à SES-GO, outros atores merecem ser evidenciados, à medida que integram o governo estadual, destacando: Secretaria de Estado de Gestão e

Planejamento (SEGPLAN), interlocutora direta do planejamento governamental, responsável pelos instrumentos de planejamento do Governo (PPA, LDO e LOA) e o monitoramento das ações prioritárias do governo; a Secretaria de Estado da Fazenda (SEFAZ), responsável pelo fluxo dos recursos financeiros do governo estadual; a Procuradoria Geral do Estado (PGE), responsável pelos encaminhamentos legais da administração pública estadual.

Também, no ambiente externo à SES, identificaram-se atores direta ou indiretamente envolvidos com a gestão do SUS, como: Ministério Público do Estado de Goiás (MP-GO), atuando como um dos perceptores e definidores dos problemas que vão constituir a pauta da agenda das políticas públicas; Ministério da Saúde, como organizador e formulador de políticas públicas e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), prestando suporte técnico aos dirigentes e equipes das Secretarias Estaduais de Saúde para o pleno exercício das macrofunções do SUS.

Outro componente importante foi a efetivação de parcerias com instituições de ensino, o que promoveu a capacitação dos profissionais e o desenvolvimento de estudos e pesquisa, cooperando para a execução das metas planejadas, referente às políticas a serem implantadas/implementadas e conferindo legitimidade ao plano.

Conforme afirma Matus (1993, p.229):

Os atores sociais são os únicos produtores coletivos de eventos sociais e, portanto, são os sujeitos da mudança situacional. Esses atores podem seguir um processo de produção direta, utilizando o poder que têm em si como instituições, ou um processo de produção indireta, através das instituições que controlam.

A mobilização e a participação da equipe SES, observadas na elaboração dos instrumentos de planejamento, foram condições imprescindíveis para retratar os esforços realizados, ressaltando aqui que a implantação do plano de cargos, carreiras e salários e a concessão do prêmio de incentivo e de produtividade corroboraram o estímulo e a conseqüente valorização desses recursos humanos.

Não menos importante, ainda, foi a promoção do apoio técnico direcionado às secretarias municipais de saúde, por meio da realização de treinamentos e capacitações, sabendo que o SUS não é construído, somente, por uma instância, que cada ente federado tem suas competências definidas e que a interação e

integração entre os mesmos é que fortalece o sistema, melhorando os indicadores de saúde da população.

Quanto à contrapartida dos recursos federais, contribuíram com Diretriz 14, a formação, aprimoramento e aperfeiçoamento de pessoal para o SUS, por meio do custeio de bolsas para residências multiprofissionais e de especialidades, bem como do financiamento para capacitações e qualificações e profissionais do SUS, a exemplo disso cito a realização do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC).

B) Elementos inibidores do processo de implementação do PS:

Dando prosseguimento à análise dos elementos que influenciaram no processo de implementação do PS 2012-2015, demonstra-se aqui, conforme Figura 11, extraídos dos RAG 2012, 2013 e 2014, os fatores inibidores da utilização do plano como um instrumento de planejamento, que subsidia a tomada de decisão da alta gestão da SES-GO.

ELEMENTOS INIBIDORES DA IMPLEMENTAÇÃO DO PS 2012-2015, RETIRADOS DOS RAG (2012, 2013, 2014)
Desenho da estrutura organizacional da SES deficitário para o exercício das atividades de planejamento
Dificuldade de repasse da contrapartida estadual para o financiamento da Atenção Primária com regularidade
Fragilidade na capacidade das áreas para utilização do planejamento como ferramenta de gestão
A construção do PS ainda não se dá de forma participativa e integrada
Transição política
Baixa adesão de gestores municipais a algumas políticas implantadas pela SES
Baixa qualificação de profissionais referentes a alguns temas
Dificuldade de agenda dos profissionais do Ministério da Saúde para capacitação dos técnicos da SES e SMS
Equipe técnica deficitária em algumas áreas
Baixo conhecimento sobre a metodologia de elaboração do instrumento de planejamento por alguns atores envolvidos
Inexistência de ferramentas disponíveis para o monitoramento sistemático das metas programadas
Processo de educação permanente insuficiente
Fragilidades dos mecanismos de comunicação institucional aliado às dificuldades nos fluxos de informações entre os diferentes setores
Fragmentação do trabalho nas áreas
Inconsistência das proposições formuladas
Fragilidade na política de participação social envolvendo o Conselho Estadual de Saúde
Dificuldades de áreas da SES quanto à execução dos recursos federais disponibilizados
Recursos financeiros insuficientes para a implantação das diversas políticas da SES
Regionais de Saúde com estrutura incipiente para a complexidade de suas funções

Figura 11: Quadro-síntese dos elementos inibidores da implementação do PS 2012-2015

As várias legislações do SUS que tratam do processo de planejamento referem-se ao mesmo a uma atividade que deve ser realizada de forma integrada e participativa, do nível local ao federal, em que por meio dos atores sociais, se alcançam os resultados almejados.

Apesar da mobilização e da participação das equipes técnicas, nota-se que o processo de planejamento ainda não acontece, de forma ascendente e integrada, pois o plano estadual não é elaborado com base nos planos municipais de saúde, o que corrobora as dificuldades na obtenção dos resultados almejados.

Conforme Vieira (2009, p. 1570), essa realidade, também, é observada no nível nacional e em outros estados:

Nesse sentido, os planos de saúde, sejam nacional ou estaduais, não são elaborados de acordo com os planos de saúde municipais, os quais devem refletir a necessidade local. Dessa forma, falham enquanto instrumentos para a gestão de um sistema com caráter único. A possibilidade de dissonância entre as visões e estratégias adotadas em cada esfera é elevada e, assim, não se alcança maior eficiência na alocação de recursos e maior efetividade das políticas públicas para a resolução dos problemas de saúde da população.

Outro quesito que interferiu na execução das metas foi referente à necessidade de uma maior capacitação dos diversos atores da SES no que se refere à arte de planejar, o que ocasionou, apesar do comprometimento das equipes, dificuldades de entendimento sobre as diferentes concepções de planejamento e suas apreensões pelos atores envolvidos. Explicita-se também que, apesar de a diretriz 14, referente à formação de pessoal, ter executado um maior número de metas (dez), percebe-se que os cursos realizados não foram acerca do conteúdo de planejamento e, conseqüentemente, de suas etapas: monitoramento e avaliação.

A limitação dos recursos financeiros para intervir nos problemas de forma geral também foi fator preponderante. Detecta-se que houve priorização de investimentos em determinados eixos estratégicos em detrimento de outros, o que promoveu crescimento em alguns setores e estagnação em outros, conforme informações constantes nos Relatórios Anuais de Gestão que corroboraram o resultado apresentado na planilha de tabulação dos dados (apêndice 2).

Destacam-se algumas metas com limitação de repasse financeiro: Ampliar a cobertura populacional com ESF; Inclusão e manutenção no Sistema de Cadastro

Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) das nove Unidades Socioeducativas; Ampliar o percentual gasto em saúde, referente ao financiamento da Atenção Primária; Instituir/implantar a Política Estadual de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em Goiás até 2015; Repassar, em tempo hábil, 100% do incentivo financeiro recebido pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento das ações de saúde no Sistema Penitenciário à Secretaria de Segurança Pública e Justiça, entre outros.

Quanto à fragilidade na política de participação social, foi demonstrada, conforme registro no diário de campo da autora, pela recusa na participação dos procedimentos, reuniões e oficinas concernentes à elaboração do PES, pelo Conselho Estadual de Saúde. A partir daí, desenvolveu-se o processo de construção do planejamento, inserindo a referida instância, posteriormente, na observação das diretrizes emanadas das Conferências de Saúde e na etapa de submissão do aludido instrumento à apreciação e deliberação pelo mesmo.

É sabido que com a publicação do Decreto Presidencial GM/MS nº 7.508/2011 e da Lei Complementar Nº 141/12, o planejamento em saúde é colocado na centralidade da agenda da gestão, apontando como grandes desafios a necessidade de remodelagem e reordenamento dos instrumentos vigentes, bem como a consolidação de uma cultura de planejamento em saúde.

Nessa nova concepção, o Controle Social, por meio dos Conselhos de Saúde, tem o seu papel fortalecido, reforçando a importância de sua participação nas discussões e acompanhamento do planejamento em saúde.

Necessário se faz, ainda, por intermédio da SES-GO, um maior investimento na estruturação do CES e na capacitação dos seus respectivos membros, o que, também, foi evidenciado com a relação às Regionais de Saúde, consideradas a extensão do Estado junto aos Municípios, requerendo, assim, uma melhor reorganização de seus processos de trabalho com suporte financeiro suficiente para o desempenho de suas funções.

Em alguns momentos, por meio dos RAG, observou-se a baixa adesão dos secretários municipais quanto à implantação/implementação de algumas políticas de saúde, conforme planejado nas metas: Implantar, em 22 Municípios com maiores

índices de morbimortalidade por acidente de trânsito o Observatório de Mobilidade e Saúde Humanas até 2015, com o objetivo de redução dos índices (diretriz 3); Ampliar o número de Centros Testagem e Aconselhamento (CTA) nos municípios, passando de 16 CTA em 2011 para 27 até 2015 (diretriz 3); Implantar/implementar serviços de saúde no Sistema Penitenciário nos municípios aptos, passando de dez em 2011 para 44 em 2015 (diretriz 2), entre outras.

Verifica-se também, em outras situações, uma agenda sobrecarregada por parte dos técnicos do Ministério da Saúde, fazendo com que políticas não fossem implantadas a contento, mediante registros do monitoramento das seguintes metas: Manter a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano, menor que 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos (diretriz 3); Reduzir a taxa de incidência de HIV/Aids na população acima de 50 anos de 4,6/100.000 habitantes em 2010 para 2,6/100.000 (diretriz 3) etc.

As fragilidades dos mecanismos de comunicação institucional aliadas às dificuldades nos fluxos de informações entre os diferentes setores ocasionaram retrabalhos, desconhecimento de dados importantes para a sistematização de resultados alcançados pela instituição.

Evidenciaram-se aqui os vários elementos que dificultaram o processo de planejamento na SES, o que remete a fazer uma breve alusão a Matus (1996, p.50) quando menciona:

Dirigir significa escolher uma direção e ter a capacidade de persistir nessa direção apesar dos obstáculos que se ofereçam. Nesse processo é importante a eficácia do rumo escolhido e o cálculo, sem exageros e sem descontos, das dificuldades do caminho.

Portanto, ao se planejar os atores devem analisar os diversos cenários, prevendo que encontrarão ameaças e se preparando para enfrentamento das mesmas, acompanhando-as e propondo redirecionamentos e não, ficando sujeitos a elas, impedindo assim a concretização dos resultados esperados.

6.3 Processo de Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos do Planejamento do SUS

O SUS, desde o seu surgimento na Constituição Federal de 1988, tem enfrentado

uma série de desafios no que tange à sua consolidação e o planejamento tem ocupado um papel importante para a sua viabilização (BRASIL, 1988).

Conscientizar os gestores de que o não planejar é ficar a mercê da improvisação, pode refletir em sérias crises para o setor saúde, torna o processo de planejamento urgente, principalmente, com relação à otimização de recursos financeiros, cada vez mais escassos, em uma população que caminha para o envelhecimento, necessitando da implantação e/ou implementação de ações e serviços de saúde em maior número e mais qualificados.

Outro aspecto a ser abordado refere-se ao fato de que a instituição não deve se ater, somente, ao planejamento das ações, precisa acompanhar a execução das mesmas, visando a possíveis alterações, inserções de novas metas, redirecionamentos, entre outros.

Segundo o PlanejaSUS (2010, p.11):

“[...] os profissionais incumbidos da função do planejamento precisam dispor de informações periódicas acerca do andamento da PAS, tanto para orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários, quanto para indicar a necessidade de ampliar ou inserir outras ações. Em outras palavras, o desenvolvimento da PAS precisa ser acompanhado, pelo menos a cada seis meses, pelas referidas áreas e profissionais que têm o planejamento como o seu objeto de trabalho cotidiano, evitando assim a sua avaliação apenas por ocasião da formulação do RAG.

É importante focar na imprescindibilidade da elaboração dos instrumentos de gestão, Planos de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão, como também trabalhar para a construção e consolidação de uma cultura de planejamento que incorpore os processos de monitoramento e avaliação.

Para o CONSAD (2013, p.7), o monitoramento é uma atividade que diz respeito ao processo de implementação, execução e gestão das ações de governo, necessita ser prática de natureza contínua, cumulativa e coletiva para viabilizar-se como atividade que agregue valor ao campo de compreensão das políticas públicas, respeitadas suas dinâmicas e especificidades.

O PlanejaSUS (2010, p.13) entende por monitoramento: “o acompanhamento continuado de compromissos (objetivos, metas e ações) explicitados em planos,

programações ou projetos, de modo a verificar se estes estão sendo executados conforme o preconizado.”

Os conceitos acima citados remetem à necessidade de que, a partir da prática do monitoramento, se possa dar celeridade à implantação/implementação das ações programadas, bem como verificar as dificuldades encontradas pelas diversas áreas, buscando soluções para as mesmas, pois quanto mais cedo forem evidenciadas, maiores as chances de serem executadas.

Quanto à avaliação, é definida pelo Sistema de Planejamento (2010, p.13) como:

Um processo que implica julgar, emitir um julgamento de valor, tendo por base uma análise do que foi realizado (intervenção, ação, serviço, procedimento etc.) ou uma análise do resultado obtido, sempre em comparação com um referencial considerado como um ideal a ser alcançado.

Contandriopoulos (2006, p.706) afirma a necessidade de fazer com que a avaliação integre a rotina da instituição, em que todas as decisões devem ser tomadas com base em evidências comprovadas, conceituando avaliação como:

Uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação.

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (apud OMS, 2007, 12p.), a avaliação é conceituada como:

Processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão.”

A busca pela institucionalização do processo de planejamento, presumindo todas as suas etapas, tem requerido de todas as instâncias governamentais do SUS, dirigentes e técnicos, e organismos da sociedade estratégias que propiciem a

melhoria das ações e dos serviços de saúde e a otimização dos recursos públicos, cada vez mais escassos.

Carvalho et all (apud PAIM, 2005, p.9) afirmam que:

Diversas iniciativas para a avaliação em saúde no Brasil vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva, nas últimas três décadas, e ressalta que na presente pode-se afirmar que o interesse pela avaliação não se restringe ao âmbito acadêmico, e que o próprio Ministério da Saúde tem encomendado um conjunto de estudos nessa perspectiva, não só por exigência de financiamento externo, mas devido a uma crescente consciência de responsabilização entre seus técnicos e dirigentes.

6.3.1 Iniciativas/Estratégias Ministeriais para a Institucionalização do Processo de Monitoramento e Avaliação Correlacionados com os Instrumentos de Planejamento do SUS

Dentre as iniciativas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, correlacionadas com os processos de monitoramento e avaliação, destaca-se o Pacto pela Saúde, implantado em 2006, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde.

Apresentando 3 (três) dimensões, os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão abrangem prioridades e responsabilidades que têm o seus cumprimentos verificados, não somente por meio dos Termos de Compromisso de Gestão (TCG) assinados pelos gestores federal, estaduais e municipais, tendo sido desenvolvido uma metodologia própria para o seu acompanhamento, como também através de um sistema de monitoramento, o SISPACTO.

No que se refere ao Pacto pela Vida, foram fixadas prioridades definidas segundo diferentes recortes que tratam do modelo de atenção (atenção básica, promoção da saúde), das doenças (emergentes, câncer de colo de útero e de mama, deficiências, saúde mental), e de grupos populacionais (idoso, homem, trabalhador, mãe e criança).

Quanto ao Pacto de Gestão, preconiza a implantação, nos estados e nos municípios, de responsabilidades sanitárias referentes à: Gestão do SUS; Regionalização; Planejamento e Programação (sistemas de informação); Regulação,

Controle, Avaliação e Auditoria; Gestão do Trabalho; Educação na Saúde; Participação e Controle Social.

Incorpora-se ainda ao Pacto pela Saúde, especificamente o Pacto pela Vida, um rol de 40 indicadores, com vistas a promover o acompanhamento de programas prioritários.

Com relação à metodologia de acompanhamento desenvolvida, cada ente federado preenche o seu TCG, no qual estão definidas as responsabilidades e indicadores a serem pactuados, e para cada responsabilidade registra-se a situação em que o Município ou Estado se encontra: “Realiza” ou “Não realiza ainda”. No caso em que a ação ainda não é realizada, deve ser definido o “Prazo para realizar”, bem como o que será necessário para fazê-lo. Nos Municípios, existem algumas situações em que a complexidade do sistema local de saúde não permite sua realização, devendo assim ser marcada a alternativa “Não se aplica”.

Menciona-se também o SISPACTO, aplicativo informatizado, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, desde o exercício de 2007, para pactuação de indicadores, registro e avaliação de resultados e metas propostas para o ano em curso, por parte dos Estados e Municípios com diferentes funcionalidades para cada esfera de gestão. Objetiva facilitar e agilizar a pactuação em nível nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A publicação da Resolução nº 04/2012, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), orienta que todos os entes federados, os que assumiram ou não as responsabilidades sanitárias estabelecidas nos TCG/Pacto pela Saúde à época, devem cuidar para que as referidas responsabilidades estejam expressas na Programação Anual de Saúde (PAS) e vinculadas às diretrizes e aos objetivos dos respectivos Planos de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Ressalta-se aqui que o Pacto pela Saúde subsidia a elaboração do Plano Estadual de Saúde de Goiás 2012-2015, a partir da utilização do Termo de Compromisso de Gestão Estadual (TGCE), porém, o que se observa é que nem todas as responsabilidades previstas no TGCE/GO estão constantes nas Programações Anuais de Saúde 2012, 2013 e 2014 e mesmo com relação aos indicadores definidos no Pacto pela Vida, detecta-se a não equivalência de algumas metas

pactuadas no mesmo, configurando percentuais desiguais a serem alcançados nos diferentes instrumentos, o que favorece um planejamento desintegrado.

Segundo Dantas *et all* (2013, p.443), a partir de entrevistas realizadas com alguns gestores públicos acerca da percepção dos mesmos quanto aos resultados obtidos pela utilização do SISPACTO, como ferramenta de monitoramento do Pacto pela Saúde, afirmam que: promove a operacionalização e negociação da pactuação das metas do pacto pela saúde; influencia no processo de tomada de decisões e permite o uso do comparativo da evolução histórica dos indicadores para implementação das ações programadas.

Na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, o SISPACTO é alimentado pelos municípios, de forma ascendente, sendo os indicadores pactuados nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), finalizando com a consolidação na esfera estadual.

A SES-GO demonstra dificuldades quanto à utilização dos indicadores acima pactuados, pelos municípios e pelas diversas áreas técnicas da secretaria, como subsídio para elaboração de seus instrumentos de planejamento, que por não monitorá-los, de forma constante, planejam ações desconectadas com os resultados aferidos.

O que está em construção pela área do planejamento é a série histórica destes indicadores, o que permitirá um maior direcionamento na programação de suas ações, buscando melhores resultados.

Infere-se aqui que o acesso aos instrumentos de monitoramento e avaliação contribui não somente para a disseminação das informações sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelas instâncias gestoras, como também para o fortalecimento do controle e da participação social, para a transparência quanto ao gasto dos recursos públicos e para a construção e o aperfeiçoamento do SUS.

Outra estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, com o intuito de fortalecer os processos de monitoramento e avaliação, remete-se à realização de uma Reforma Administrativa, no ano de 2003, visando a uma estruturação adequada que propiciasse o melhor exercício de suas competências para o alcance das medidas legais fixadas nas normativas.

Representando uma inovação no processo de cooperação do Ministério da Saúde, junto às gestões estaduais e municipais, cria-se a Secretaria de Gestão Participativa (SGEP), sendo reestruturada pelo Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, quando passa a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), especificamente, com a competência de qualificar e aperfeiçoar a implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2006).

A SGEP constitui-se de quatro departamentos, sendo eles: Departamento de Gestão Participativa (DAGEP), Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (DEMAGS) e Departamento Nacional de Ouvidoria (DOGES).

Segundo Carvalho et al (2012, p.917), o DEMAGS surge a partir da necessidade da existência de uma estrutura que assumisse as tarefas de articulação, apoio e difusão das ações de monitoramento e avaliação que se encontram em curso nas diversas Secretarias do Ministério da Saúde e demais unidades, bem como nas outras esferas do SUS.

Em continuidade a esse movimento, em 2007, por meio da Portaria GM/MS nº 3.027, institui-se a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Dentre os princípios e diretrizes da Política do ParticipaSUS estão: Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo; Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Com a implantação da referida política, percebe-se, mais uma vez, a ênfase dada pelo Ministério da Saúde em busca da institucionalização do processo de monitoramento e avaliação, entendido como um dos componentes da respectiva política, atribuindo, além da responsabilidade do Gestor Federal, outras aos Estaduais e Municipais.

Ao Gestor Federal define-se: Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, construindo, nesse processo, o plano nacional de saúde a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde e à pactuação na Comissão Intergestores Tripartite; Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de monitoramento e avaliação, articulando as ações desenvolvidas pelas diferentes áreas do Ministério da Saúde, especialmente as relativas: ao cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A responsabilidade dos Gestores Estaduais e do Distrito Federal, dentro da aludida política, reporta-se a: Desenvolver processo de monitoramento e avaliação abrangendo as diversas áreas da SES, acompanhar e apoiar as SMS do respectivo estado no desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação e monitorar os municípios e os consórcios intermunicipais de saúde; Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o Plano Estadual de Saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde e à pactuação na Comissão Intergestores Bipartite; Submeter o relatório de gestão anual à aprovação do Conselho Estadual de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Outra ação de destaque, empreendida pela SGEF em 2008, remete-se à construção de uma Agenda Estratégica, vislumbrando a produção de informações para melhor cooperar com os Estados e Municípios, apoiando-os nas práticas de monitoramento e avaliação, conforme descrevem Carvalho *et al* (2012, p.907):

Sendo assim, foi definida a construção de uma agenda estratégica como ação imprescindível para a construção de espaços/canais de discussão e diálogo, no sentido da convergência de esforços para a produção de informações estratégicas, de modo a permitir uma visão integrada no que concerne aos aspectos/dimensões da gestão do SUS, e sua correlação com as práticas e processos do monitoramento e avaliação.

Fazendo parte dessa agenda, dentre outros projetos, que mantêm correlação expressa com os instrumentos de planejamento do SUS, estão: Pesquisa e publicação do Painel de Indicadores do SUS e do Processo e Práticas de M&A da Gestão; Construção de Metodologia para construção de Matriz de Indicadores para o M&A da Gestão e Construção de Ferramenta Eletrônica de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS.

Considerada uma das primeiras tarefas do novo departamento, o DEMAGS, a publicação do Painel de Indicadores do SUS, editada pela SGEP/MS em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), tem como objetivo estimular a participação social e apoiar a formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde, rumo à consolidação do SUS, democratizando a informação em saúde, tendo como público, especialmente, os Conselheiros de Saúde – usuários, trabalhadores e gestores – de todo o País.

É importante ressaltar que essa iniciativa contribui para subsidiar a elaboração dos Instrumentos de Planejamento do SUS, bem como para apoiar o monitoramento e avaliação dos mesmos, tendo em vista que contempla os eixos orientadores para a análise situacional e para a formulação dos objetivos, diretrizes e metas dos Planos de Saúde: as condições de saúde da população; os determinantes e condicionantes de saúde e gestão em saúde.

Apresenta um retrato em saúde, quando divulga indicadores de estrutura, de processos e de resultados monitorados, correlacionando-os com as questões sociais, econômicas e ambientais.

Até o presente momento foram elaborados oito volumes, pelo Ministério da Saúde, abordando os seguintes temas: Saúde da Mulher; Indicadores Panorâmicos; Saúde da Família; Prevenção de Violências; Promoção da Saúde; Regionalização da Saúde.

No Estado de Goiás, em 2014, destaca-se implantação de uma sala de situação, intitulada Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde (ConectaSUS), com a finalidade de disponibilizar informações de saúde atualizadas. Espera-se que ela possa incidir sobre o processo de acompanhamento e avaliação do Plano e de suas Programações Anuais, atribuição ainda não evidenciada até o presente momento.

Para Dantas *et all* (2013, p.443), a sala de situação é considerada importante ferramenta de gestão na construção de análises de saúde:

As informações quando obtidas periodicamente e analisadas, podem se constituir em matéria prima para um processo desejável de avaliação dos serviços, também chamada de monitoramento, ou em um estágio mais avançado de organização/reorganização dos serviços de saúde, como uma sala de situação para o planejamento.

O Sistema de Planejamento do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) cita que a Sala de Situação de Saúde deve reunir um amplo, atualizado e diversificado conjunto de informações, capaz de apoiar não somente os gestores nas tomadas de decisões, como o processo de planejamento, referindo-se ao Plano de Saúde, às Programações Anuais de Saúde e aos Relatórios Anuais de Gestão.

Dentre, ainda, as ações contempladas na Agenda Estratégica promovida pela SGEP/MS, corroborando o processo de culturalização do monitoramento e avaliação, ainda no eixo de pesquisa e publicação, está o “Processo e Práticas de M&A da Gestão”.

Surge a partir da necessidade de identificação, por parte do Ministério da Saúde, dos processos e práticas de monitoramento e Avaliação da gestão governamental em Saúde, nos estados e municípios e, também, com o objetivo de mapear inovações conceituais e tecnológicas no campo da avaliação, resultando na criação da Rede Interfederativa de Monitoramento e Avaliação – RIMA (SENRA, 2011).

Destaca-se outro instrumento de gestão e acompanhamento, utilizado pelo Ministério da Saúde, em 2011, e desenvolvido pelo Serviço Federal de Processamento de Dados (Serpro), o Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-Car), objetivando o monitoramento do seu Plano Estratégico.

Considera-se o e-Car uma ferramenta tecnológica voltada para o acompanhamento estratégico e para o gerenciamento operacional de ações, sendo possível inserir metas, indicadores e prazos quantificáveis, servindo de apoio para a tomada de decisões, organizado em uma estrutura que, conforme o Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015 (2013, 28p.), subdivide-se nos seguintes módulos:

Cadastro – constam os dados gerais do planejamento; Monitoramento – são registrados os pareceres técnicos e inseridos os sinalizadores de acordo com a análise subjetiva de seus responsáveis, nos níveis de resultados e produtos, bem como o acompanhamento de metas físicas e registro das metas alcançadas, no campo de indicadores; e Relatórios – relatórios gerenciais padronizados, completos e personalizados, listagem e resumo.

O Núcleo de Apoio ao Planejamento orienta ainda que o responsável pela ação deva informar em que situação se classifica o item monitorado, seguindo os sinalizadores abaixo relacionados:



Figura 12: Sinalizadores de Monitoramento
Fonte: DEMAS/SE/MS.

Apresentam-se, nesse tópico, algumas estratégias implantadas pelo Ministério da Saúde (documentos, programas, metodologias, sistemas informatizados etc), buscando a efetivação do sistema de planejamento, porém é essencial repensar os rumos planejados, uma vez que, também, se observa que muitas prioridades, estabelecidas pelo Governo Federal, dificultam a consolidação desse processo, no momento em que a referida instância estabelece programas e projetos prioritários que, por meio das regras estabelecidas e o financiamento destinado à implantação dos mesmos, faz com que os outros entes federados se distanciem do planejamento proposto nos seus planos, indo contra as suas realidades locais e perdendo o seu foco.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à disseminação dessas iniciativas nas secretarias de saúde, municipais e estaduais, bem como à capacitação das equipes responsáveis pela sua implantação, que pelo desconhecimento das metodologias desenvolvidas, impede as suas aplicações.

6.3.2 Iniciativas/Estratégias Ministeriais para a Institucionalização do Processo de Monitoramento e Avaliação Específicas dos Instrumentos de Planejamento do SUS

Descrevem-se aqui as metodologias de monitoramento e avaliação, bem como a estrutura de seus documentos, desenvolvidas pelo Sistema de Planejamento e direcionadas especificamente aos Instrumentos de Planejamento do SUS (PS, PAS, RAG), conforme disposto a seguir.

O Ministério da Saúde (2002) propõe ainda que a avaliação dos resultados alcançados pelo Plano de Saúde deve ser realizada de forma contínua, podendo ser utilizados distintos mecanismos e procedimentos a serem desenvolvidos pelas equipes de planejamento.

Dentre as técnicas desenvolvidas, apresenta-se a destinada ao final do período de vigência do Plano, quando deve ser apresentado um documento, observando a seguinte estrutura: síntese do processo de construção do Plano; a avaliação do cumprimento das metas, da observância das diretrizes e do alcance dos objetivos, segundo cada um dos eixos específicos do Plano de Saúde; a avaliação do impacto da implementação do Plano, a partir dos resultados verificados no item anterior, sobre a situação de saúde descrita no momento da análise situacional e a apresentação de recomendações, considerando a avaliação realizada, relativas à construção do novo plano, da reprogramação e das intervenções necessárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Outra metodologia de monitoramento e avaliação estabelecida pelo PlanejaSUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), para a efetivação das etapas acima citadas, consiste no monitoramento e na avaliação do processo de formulação, do conteúdo e do uso dos referidos instrumentos pelas esferas de gestão, de forma rotineira e habitual.

O aludido método divide-se em quatro módulos: módulo 1 – o processo de planejamento de um modo geral na esfera de gestão; módulo 2 - o processo de formulação do Plano de Saúde (PS), da Programação Anual de Saúde (PAS) e do Relatório Anual de Gestão (RAG); módulo 3 – O conteúdo do PS, da PAS e do RAG e módulo 4 – o uso do PS, da PAS e do RAG, incluindo monitoramento e avaliação dos processos e de resultados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O primeiro módulo tem como objetivo monitorar e avaliar o processo de gestão que está sendo desenvolvido na respectiva esfera de gestão, observando: suas relações com as demais esferas; estrutura da área; capacidade de influenciar na tomada de decisão; o exercício das competências/atribuições específicas da esfera em termos de planejamento; uso do incentivo financeiro federal para implementação do sistema de planejamento; aplicação das diretrizes e uso da metodologia e dos instrumentos do PlanejaSUS como referencial etc (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O segundo módulo, referente ao processo de formulação dos instrumentos básicos do planejamento, visa monitorar e avaliar o processo como um todo e de forma específica, estruturado em quatro partes, abordando em cada instrumento os seguintes quesitos: participação dos vários atores, a metodologia adotada, os insumos/subsídios utilizados, o envolvimento dos colegiados de gestão e de participação social, período de formulação, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O terceiro módulo dedica-se a monitorar e avaliar o conteúdo dos instrumentos de planejamento do SUS (PS, PAS e RAG), de forma geral e específica, considerando os itens essenciais para o conteúdo do Plano, conforme apontado nas diretrizes do PlanejaSUS; a atualidade e o foco das informações que sustentam a análise da situação de saúde e da gestão na esfera respectiva; a definição de objetivos, diretrizes, metas etc (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O quarto módulo se atém ao monitoramento e avaliação do uso/aplicação dos instrumentos de planejamento, servindo de referências, ou como orientadores para a tomada de decisão e formulação de outros instrumentos.

Pertinente ao uso dessa metodologia para o monitoramento dos Instrumentos de Planejamento do SUS em Goiás (PS, PAS, RAG) não se identifica a adoção da mesma por parte da Secretaria.

Chama-se atenção ainda para o SARGSUS, ferramenta eletrônica que tem como objetivo fornecer aos gestores municipais e estaduais apoio na elaboração e envio do relatório anual de gestão, utilizando-se das bases de dados nacionais com informações que qualifiquem os processos e as práticas do monitoramento e avaliação da gestão.

Com relação à utilização dessa ferramenta para o monitoramento dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) dos Municípios Goianos, realizado pela Gerência de

Planejamento da SES-GO, em 2013, apresenta a seguinte situação: dos 246 municípios existentes no Estado, 159 encontram-se com os seus RAG aprovados; em 10 municípios, aprovados com ressalvas, e; nos outros 76 municípios, em fase de apreciação pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde (CMS).

Não foi identificada a realização da etapa de monitoramento dos Instrumentos de Planejamento (PS e PAS) na SES-GO, o que se observa é a sua verificação por ocasião da formulação do RAG, o que dificulta possíveis redirecionamentos e intervenções, pois o monitoramento consiste no registro regular das atividades de um projeto, produzindo informações para as áreas técnicas e alta direção, ressaltando os avanços e as dificuldades encontradas, com intuito de subsidiar os responsáveis pela execução dos mesmos na tomada de decisões. A irregularidade no acompanhamento pode culminar na possibilidade de irreversão do fato ocorrido, ocasionando desperdícios de recursos humanos, materiais e financeiros.

Está em fase de construção pela Secretaria um Software que permitirá a integração entre os diversos instrumentos de planejamento do SUS (PS, PAS, RAG) e os do Governo (PPA, LDO, LOA).

Com relação a modelos de outras práticas de monitoramento exercidas em diferentes Secretarias de Estado da Saúde, menciona-se o método descrito por Furtado (2013, p.5), em Alagoas: a) o monitoramento ocorre por meio da realização de oficinas, envolvendo as equipes técnicas e as instâncias de participação e controle social do SUS, no sentido de analisar os resultados alcançados; b) sendo utilizado um escore com pontos de cortes e legendas coloridas para avaliar o status alcançado em relação à execução das metas programadas, conforme demonstrado abaixo.

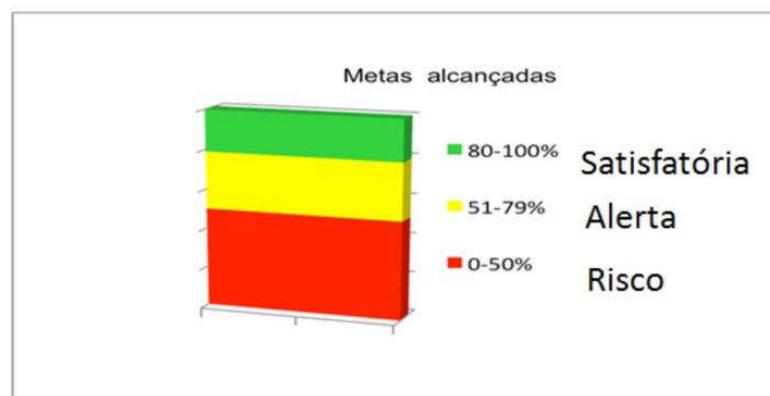


Figura 13: Escore dos status alcançado
Fonte: Adaptado do PES SESAU 2012-2015 pag. 80

A autora revela ainda que o processo de planejamento na Superintendência de Atenção à Saúde da SESA/AL vem se desenvolvendo de forma ascendente, por meio da participação dos diretores, gerentes e técnicos de planejamento de todos os setores, de forma institucional nas oficinas regionais para construção do Plano Plurianual e Plano Estadual de Saúde com os municípios, e os conselhos de saúde, na análise da situação de saúde de Alagoas (FURTADO, 2013).

O monitoramento e avaliação das ações são efetivados através do sistema de planejamento *online*. Os relatórios produzidos pelo sistema online (relatório de execução financeira, relatório de execução das metas, avaliação qualitativa da ação) terminam por ser compilados, conforme o sistema de monitoramento disponível. As oficinas de avaliação são realizadas a cada quatro meses (FURTADO, 2013).

Apesar das diversas metodologias acima apresentadas, observa-se que a SES ainda não se decidiu pela adoção das técnicas mencionadas, ficando o monitoramento e avaliação, somente, por ocasião da elaboração do RAG.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso corroborou a análise do processo de institucionalização do planejamento na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, por meio dos instrumentos de Planejamento do SUS, entendendo-o como um processo de decisão político-social e não somente como um produto técnico elaborado para atender às normativas dos Governos Federal, Estadual e Municipal.

Os objetivos propostos no estudo foram alcançados na medida em que se procurou descrever o processo de implementação do PS 2012-2015 na SES-GO, bem como de suas etapas de monitoramento e avaliação, demonstrando a metodologia utilizada para a elaboração do mesmo e quais os elementos facilitadores e inibidores do processo.

Apesar da adoção do método de Planejamento Estratégico Situacional de Matus na elaboração do PS, observa-se a necessidade de capacitação das áreas técnicas quanto à utilização dessa metodologia.

Ao se tratar do ciclo das políticas públicas percebe-se a não realização das etapas de monitoramento e avaliação como práticas constantes da Organização e, no que se refere às escolas de pensamento, questionando o porquê das falhas no planejamento, vê-se que o mesmo, ainda, é visto como um processo normativo, ou seja, consistindo, apenas, na elaboração de planos em atendimento às normas, principalmente, quando se obtém o resultado que das 291 metas monitoradas, somente 9,7% foram concluídas, dentro de um período de três anos, faltando apenas um ano para o término de sua vigência.

Considera-se, também, nesse momento, que se houvesse melhor acompanhamento das metas em estágio avançado, calculada em torno de 17,2%, poderiam-se obter melhores resultados ao final do período de vigência do PS 2012-2015.

E, ao se pensar em uma Gestão orientada para resultados, tendo como objeto a criação de valor público, ou seja, a transformação da sociedade por meio da entrega de produtos que impactem na melhoria da qualidade de vida da população, percebe-se a necessidade de priorização das ações, com maior participação dos atores envolvidos, citados no Agir Comunicativo de Habermas.

É importante ressaltar que o ator que detém o poder de decisão e da responsabilidade de condução das políticas públicas tem que se comprometer com o processo planejamento, tendo como pressuposto o estabelecimento de diretrizes claras a serem perseguidas, por meio do alcance das metas propostas, fazendo-se necessária a revisão permanente do plano em função do comportamento dos atores e da conjuntura econômica, política e social.

Torna-se fundamental o estabelecimento dos fluxos de informação, controle, monitoramento, avaliação e revisão do plano, bem como a definição de mecanismos e estratégias visando à institucionalização dos referidos processos.

Com relação ao Postulado da Coerência (TESTA, 1992), o sucesso da arte de planejar deve-se ao tripé Propósito da Organização, Metodologia e Capacidade Estrutural da mesma em exercer suas competências. Vê-se neste momento uma necessidade de melhor estruturação da área responsável pelo planejamento da SES.

Registra-se, também, que é evidente que inúmeros esforços ocorreram, porém, muitas vezes de forma fragmentada, resultando em documentos com muita informação e uma baixa capacidade de produzir uma visão integrada do desempenho do sistema de saúde, como também do processo de gestão no âmbito do SUS.

Os resultados aqui evidenciados levam à conclusão de que apesar dos esforços empreendidos pelo MS no sentido de institucionalizar o planejamento como um importante mecanismo de gestão, em um cenário em que as demandas de saúde são cada vez mais complexas e os recursos cada vez mais escassos, o processo ainda pode ser considerado incipiente.

Recomendações

Recomenda-se, ainda, a adoção de algumas medidas que possam colaborar com a referida institucionalização, como:

- Observar, na construção das PAS, para que sejam expressas as responsabilidades sanitárias estabelecidas no TCGE, bem como os indicadores pactuados no Pacto pela Saúde e a sua respectiva meta a ser alcançada.

- Promover a publicação de um Painel de Indicadores de Saúde do Estado de Goiás.
- Criar uma Rede Intraestadual de planejamento, contemplando: COSEMS, CIR, Regionais de Saúde, Superintendências, CES, CIB, voltada à articulação e integração entre as instâncias, objetivando a divulgação de informações e experiências de interesse do planejamento e a disseminação do conhecimento técnico-científico da área, promover sensibilização dos gestores para a incorporação do planejamento como instrumento estratégico de gestão do SUS.
- Promover a realização de reuniões, oficinas, encontros temáticos, fóruns, visando ao repasse de metodologias, monitoramento das ações etc.
- Instituir grupos técnicos da condução do monitoramento e avaliação com representantes de várias áreas.
- Criar cargos de assessores de planejamento e gestão nas diversas Superintendências, com profissionais com perfil adequado para o exercício das atribuições.
- Ampliar espaços de diálogo e negociação com parceiros nos processos de M&A e para encaminhamento das mudanças necessárias.
- Integrar o Conselho Estadual de Saúde ao processo de monitoramento e avaliação de acordo com a realidade local.
- Promover parcerias entre as instituições de ensino e as instituições gestoras do SUS, estadual e municipais, para a elaboração dos seus instrumentos de planejamento com metodologias específicas, contribuindo não somente para a formação/preparação técnica de profissionais, mas para reflexões e avaliações da prática do planejamento nas organizações de saúde, e a produção de novos conhecimentos acerca do tema.

Espera-se que esta pesquisa tenha contribuído para o processo de institucionalização do planejamento na SES-GO, objetivando sensibilizar os gestores sobre os seus papéis como agentes de transformação social, na busca por melhores resultados para a gestão pública e a consequente consolidação do Sistema Único de Saúde no Estado.

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

AZEVEDO, C. S. Planejamento e Gerência no Enfoque Estratégico-Situacional de Carlos Matus. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 129-133, abr/jun 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n2/v8n2a03>>. Acesso em: 19 set. 2014.

BARROS, M.E.; PIOLA, S.F. & VIANNA, S.M., 1996. **Políticas de Saúde no Brasil, Diagnóstico e Perspectivas**. In: Textos para discussão, n. 401. Brasília: IPEA.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS**. Brasília-DF, 2005. Nota Técnica.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set.1999. Seção 1.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM n. 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a NOB-SUS 01/96. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, seção 1, p. 22932, 6 jul. 1991.

_____. **Portaria nº 699 de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. SAÚDE, M. D.: Diário Oficial da União 2006.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. PODER EXECUTIVO. Brasília: Diário Oficial da União 2006a

_____. **Portaria GM/MS nº 3.085, de 01 de dezembro de 2006**. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 01dez.

_____. **Portaria GM/MS nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006**. Aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2006c. Seção 1, p. 608

_____. **Portaria GM/MS nº 91, de 10 de janeiro de 2007.** Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 jan.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.229, de 24 de maio de 2007.** Aprova as orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão dos Municípios, dos Estados e da União. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 mai. 2007.

_____. **Portaria GM/MS nº 3.027, de 26 de novembro de 2007.** Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 mai.

_____. Ministério da Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores:** doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen. Brasília, DF, 2007. 12p.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.885, de 9 de setembro de 2008.** Institui o incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 set. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subcoordenação de planejamento e orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: organização e funcionamento. In: **Cadernos de planejamento**. Brasília, 2010. v. 8, 11p.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. PODER EXECUTIVO. Brasília: Diário Oficial da União 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 4 de 19 de julho de 2012 b.** Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP). Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Planejamento Estratégico 2011-2015:** resultados e perspectivas. Brasília, 2013. 28p.

_____. **Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2013.

CARVALHO, A.L.B; SOUZA, M.F; SHIMIZU, H.E; SENRA, I.M.V; OLIVEIRA, K.C. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. V.17, p.901-911, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a12.pdf>. Acesso em: 23.out.2014.

CERQUEIRA, S.C.C. **O processo de Incorporação do Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.** [Dissertação de mestrado]. Salvador (BA): ISC/UFBA, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10861/1/11111.pdf>>. Acesso em: 12. jun. 2013.

CESTARI, M.E. Agir comunicativo, educação e conhecimento: uma aproximação ao pensamento de Habermas. **Rev. Bras. Enfermagem** 2002; V. 55(4): 430-433. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672002000400012>. Acesso em: 16.set.2014.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos na Empresa:** pessoas, organizações e sistemas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

CHORNY, A.H; KUSCHNIR, R.; TAVEIRA, M. **Planejamento e Programação em Saúde.** Rio de Janeiro (RJ): ENSP/FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12465.pdf>. Acesso em: 21.jan.2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE ADMINISTRAÇÃO, 2013. **VI Congresso de Gestão Pública.** Brasília (DF). Disponível em: <<http://consad.org.br/gallery/vi-congresso-consad-de-gestao-publica-brasil>>. Acesso em 12.jan.2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007. **A Gestão da Saúde nos Estados:** avaliação e fortalecimento das funções essenciais. 1ª ed. Brasília, 2007. 17 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/a-gestao-da-saude-nos-estados>>. Acesso em: 30 jan. 2014.

_____. 2009. **SUS 20 anos.** Brasília, 2009. 73 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v.11, p.705-711, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017>. Acesso em: 4.mar.2015.

DANTAS, U.I.B; SANTOS, S.R; BRITO, S. S; VIRGOLINO, J.L.B. Percepções dos gestores sobre o aplicativo – Pacto pela Saúde. **Revista de Enfermagem.** Recife. v. 7, p. 438-444, 2013. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../5322>. Acesso em: 24.out.2015

DAVIDOFF, Paul. **Advocacy and pluralism in planning.** **Journal of the American Institute of Planners**, v. 31, n. 4, p. 331-338, 1965. Disponível em: <<https://www.planning.org/pas/memo/2007/mar/pdf/JAPA31No4.pdf>>. Acesso em: 12. set.2014

ESTADO DE GOIÁS. **Plano Estadual de Saúde,** Secretaria de Estado de Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Estado da Casa Civil. **Decreto nº 8.030, de 22 de outubro de 2013.** Aprova o Regulamento da Secretaria de Estado da Saúde. PODER EXECUTIVO. Goiânia: Diário Oficial do Estado, 2013.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo_freire_acao_cultural_para_a_liberdade.pdf>. Acesso em: 13.out.2014.

FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO, 2013. **Aporias para o planejamento público**. 1. ed. São Paulo, 2013. 17p. Disponível em: http://novo.fundap.sp.gov.br/arquivos/pdf/debates_fundap_livro3_aporias.pdf. Acesso em: 01. jan. 2015

GIOVANELLA, L. As Origens e as Correntes Atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 1991. V.7, p.29. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000100004>. Acesso em: 30.jan.2015.

_____. Planejamento Estratégico em Saúde: Uma Discussão da Abordagem de Mário Testa. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 1990. V 6, p.134. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1990000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 4.jan.2014

_____. **Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa**. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/FIOCRUZ, 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1990000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 5.jul.2014.

GONÇALVES, M. A. S. Teoria da ação comunicativa de Habermas: possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. **Rev. Educ. Soc**, 1999; 20 (66):125-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301999000100007>. Acesso em: 6.jan.2015.

HABERMAS, J. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa: Edições 70, 1987. Disponível em: <http://www.afoiceeomartelo.com.br/posfsa/Autores/Habermas,%20J%C3%BCrgen/T%C3%A9cnica%20e%20ci%C3%A2ncia%20como%20ideologia.pdf>. Acesso em 23.jan.2015.

_____. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro (RJ): Tempo Brasileiro; 1989. Disponível em: <<https://marcosfabionuva.files.wordpress.com/2011/08/consciencia-moral-e-agir-comunicativo.pdf>>. Acesso em:23.fev.2015.

HEALEY, P. **Collaborative planning: shaping places in fragment ed societies**. London: acmillan, 1997. Disponível em: <<http://www.china-up.com:8080/international/case/case/1609.pdf>>. Acesso em: 40.jul.2014

GIORDANI, J, A. La planificación como proceso social, um esquema de análisis. **Cuadernos Sociedad Venezolana de Planificación** (3): 147-179, 1974. Disponível em: <http://mcendesweb.cendes.ucv.ve/cendesphp/documentos/pub_doc/Castellano_Planificacion_Herramientas.pdf>. Acesso em 15.jan.2015.

KEYNES, J. M.; KALECKI, M. Os Pensadores. Sel. Textos. Paul Singer. São Paulo, Abril Cultural, 1978. Disponível em: <https://cesarmangolin.files.wordpress.com/2010/02/colecao_os_pensadores_auguste_comte_-_obra_e_vida.pdf>. Acesso em: 06.dez.2014.

LASWELL, H.D. Politics: **Who Gets What, When, How**. Cleveland, Meridian Books. 1936/1958. Disponível em: <<http://www.policysciences.org/classics/politics.pdf>>. Acesso: 24.jan.2014.

LIMA, A.M. **O método do marco lógico: avaliação e definição de programas e projetos públicos**. Porto Alegre: 2003. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/decon/publicidaticos.htm>>. Acesso: 12.mar.2014.

LIMA, J.C.; RIVERA, F.J.U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface Botucatu** 2009; 13(31):329-342. Disponível em: <http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400008>. Acesso em: 13.nov.2013.

LOBLER, L.M; LEHNHART, E.R; AVELINO, A.F.A. Como estão sendo conduzidos os Estudos de Caso? Uma Reflexão sobre os trabalhos publicados na Área de Administração. **XXXVIII Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro. Disponível em: <www.anpad.org.br/admin/pdf/2014_EnANPAD_ADI638.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2014.

LOWI, Theodor. “American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory”, **World Politics**, 16: 677-715. 1964. Disponível em: <https://perguntasapo.files.wordpress.com/2014/06/lowi_1964_.pdf>. Acesso em: 10.out.2014.

MARTINS, H.F.; MARINI, C. **Um guia de governança para resultados na administração pública**. Brasília, DF: Publix, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_governanca_resultados_administracao_publica.pdf>. Acesso em: 12.dez.2014.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual da gestão pública contemporânea**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MATUS, C. **O Plano como aposta**. Brasília: IPEA, 1991.

_____. **Política, planejamento e governo**: Tomos I e II. Brasília: IPEA, 1993.

MANOR, J. **The political economy of democratic decentralization**. Washington: The World Bank, 1999. Disponível em: <http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/1999/04/20/000094946_99033105561862/Rendered/PDF/multi_page.pdf>. Acesso em: 12.nov.2014.

MOORE, Mark. **Criando valor público: gestão estratégica no governo**. Letras e Expressões. 2003.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. V.15, p.2265-2274, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500002&script=sci_arttext>. Acesso em: 5.ago.2014.

RIVERA, F. J. U. (Org). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo, Ed. CORTEZ, 1989. 60p.

SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Org.). **Políticas públicas**. Brasília: Enap, 2006. v. I. Disponível em: <<http://www.repositorio.enap.gov.br/handle/1/1254>>. Acesso em 23. jun. 2014.

SCOTTI, R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. **Segundo relatório sobre o Processo de Organização da Gestão da Assistência à Saúde**. Brasília: CONASS, 1995.

SERRA, A. **Modelo aberto de gestão de resultados no setor público**. Tradução de Ernesto Montes – Bradley y Estayes. Natal: SEARH/RN, 2008. Disponível em: <http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Estados_Brasileiros%20/Rio_Grande_do_Norte%20/Livros/modelo_aberto_de_gestao_para_resultados_no_setor_publico.pdf>. Acesso em: 17.fev.2015.

SILVEIRA, C. H. **Sobre as bases conceituais históricas do planejamento**. 1991. Mimeo. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000100004>. Acesso em: 12.dez.2014.

STAKE, R. **The art of case study research**. Thousand OAKS, CA: Sage, pp.49-68, 1995. Disponível em: <<http://legacy.oise.utoronto.ca/research/field-centres/ross/ctl1014/Stake1995.pdf>>. Acesso em: 4.nov.2013.

TESTA M. **Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud**. Cuadernos Médico-Sociales 1987; 38 (1ª parte) y 39 (2ª parte).

_____. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992. 226p.

_____. **Pensamento Estratégico e Lógica da Programação**, Hucitec Abrasco, São Paulo – Rio de Janeiro, 1995.

TEIXEIRA, C. **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador (BA), 2010.

TORRES, M. D. F. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TABULAÇÃO DE DADOS – PS GOIÁS 2012-2015

		LEGENDA
		NÃO EXECUTADA
		EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
		EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
		CONCLUÍDA
DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p style="text-align: center;">1 –</p> <p>Aprimoramento da Atenção Primária como porta de entrada do SUS, com maior aporte de recursos estaduais, para as áreas de vazios assistenciais e municípios que organizem suas redes de atenção, facilitando o acesso da população às ações e serviços de saúde.</p>	1. Ampliar de 61,8% para 70% a cobertura populacional com Equipes Saúde da Família, passando de 1.159 equipes em 2011 para 1.320 até 2015.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	2. Fomentar o financiamento da Atenção Primária, pelo Estado, a 100% dos municípios que atenderem a critérios pré-estabelecidos.	NÃO EXECUTADA
	3. Ampliar o número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), passando de 53 unidades em 2011 para 110 até 2015.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	4. Adquirir 10.000 Álbuns Família Brasileira Fortalecida.	CONCLUÍDA
	5. Elaborar e confeccionar 2.500 unidades do Manual de Condutas Médicas.	CONCLUÍDA
	6. Realizar junto às regionais de saúde as 12 Oficinas de Planificação da Atenção Primária para municípios.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	7. Implantar / implementar o Plano Operativo Estadual - POE em oito Unidades Socioeducativas – USE, para adolescentes em conflito com a lei e privados de liberdade.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	8. Implantar/Implementar e desenvolver estratégias de utilização da Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA) em 100% (246) municípios goianos.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	9. Reduzir a mortalidade materna de 48,64/100.000 N.V em 2010 para no mínimo 40/100.00 NV até 2015	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	10. Ampliar o número de ESB na ESF passando de 921 para 930.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
<p style="text-align: center;">2 -</p> <p>Implantação/implementação de Políticas de Promoção à Saúde de forma articulada com outros setores para a prevenção doenças e agravos, mediante a elaboração de normas e intervenções que favoreçam condutas e ambientes saudáveis e busquem a reorientação do sistema e dos serviços de saúde.</p>	1. Realizar campanha de prevenção ao uso indevido de álcool/drogas com a confecção de folders, cartazes, camisetas, bonés, 'squeeze' e campanhas publicitárias no rádio, televisão, internet e outdoors	NÃO EXECUTADA
	2. Confeccionar 100.000 folders para divulgação da Rede de Atenção Psicossocial	NÃO EXECUTADA
	3. Implementar a Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nos 246 dos municípios.	CONCLUÍDA
	4. Implementar o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (PSE) nos 116 municípios, com projetos pactuados junto ao Ministério da Saúde.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p align="center">2 - Implantação/implementação de Políticas de Promoção à Saúde de forma articulada com outros setores para a prevenção de doenças e agravos, mediante a elaboração de normas e intervenções que favoreçam condutas e ambientes saudáveis e busquem a reorientação do sistema e dos serviços de saúde.</p>	5. Realizar inclusão e manutenção no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) das nove Unidades Socioeducativas já em funcionamento e as novas que serão implantadas	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	6. Instituir/implantar a Política Estadual de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em Goiás até 2015	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	7. Instituir/Implantar a Política Estadual de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em Goiás até 2015	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	8. Implantar a fiscalização do cumprimento da legislação sobre ambientes livres de fumo através das vigilâncias sanitárias nos 246 municípios do Estado de Goiás até 2015	NÃO EXECUTADA
	9. Implementar, em todos os municípios goianos (246), as políticas para valorização das mulheres e igualdade de gênero	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	10. Implantar as práticas de Atenção Integral ao Adolescente Privado de Liberdade nas 12 Unidades Socioeducativas	CONCLUÍDA
	11. Implantar as Políticas de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade na Atenção Primária à Saúde nos nove municípios com Unidades Socioeducativas	CONCLUÍDA
	12. Mudar o modelo de Atenção à Saúde ao Adolescente Privado de Liberdade nas 12 Unidades Socioeducativas, passando do modelo curativo para um modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde do estado	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	13. Ampliar o número de Hospitais Amigos da Criança, que incentivam o aleitamento materno, passando de 20 unidades em 2011 para 22 até 2015.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	14. Realizar três campanhas educativas anuais relacionadas às ações de Atenção à Saúde da Criança – Semana Mundial da Amamentação (1 a 7 de agosto), Dia Nacional da Doadora de Leite Humano (19 de Maio) e Dia Nacional contra a violência e a exploração sexual de crianças e adolescentes (18 de Maio)	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	15. Implantar a Estratégia AIDPI Neonatal em pelo menos uma das Equipes de Saúde da Família da Região do Entorno do DF, nos oito municípios do Entorno Norte e nos sete do Entorno Sul.	NÃO EXECUTADA
	16. Apoiar a implantação do projeto “Salas de Apoio à Amamentação para a Mulher Trabalhadora” em quatro empresas goianas.	NÃO EXECUTADA

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p align="center">2 - Implantação/implementação de Políticas de Promoção à Saúde de forma articulada com outros setores para a prevenção de doenças e agravos, mediante a elaboração de normas e intervenções que favoreçam condutas e ambientes saudáveis e busquem a reorientação do sistema e dos serviços de saúde.</p>	17. Implantar a Rede Amamenta e Alimenta Brasil em dez Unidades Básicas de Saúde da Região Oeste Goiano	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	18. Implementar o Método Canguru nos hospitais: Materno Infantil - Goiânia e Santa Casa de Anápolis, com Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN).	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	19. Implantar uma das etapas do Método Canguru nos hospitais públicos ou filantrópicos com Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) em Ceres, Itumbiara e Goiânia.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	20. Implementar a Linha de Cuidado à Criança em situação de violência nos municípios da Região Metropolitana de Goiânia.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	21. Implantar/implementar serviços de saúde no Sistema Penitenciário nos municípios aptos, passando de dez em 2011 para 44 em 2015.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	22. Cooperar técnica e financeiramente com os municípios que implantarem o Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário (POESSP).	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	23. Repassar, em tempo hábil, 100% do incentivo financeiro recebido pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento das ações de saúde no Sistema Penitenciário à Secretaria de Segurança Pública e Justiça.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	24. Repassar à Secretaria de Segurança Pública e Justiça, com recursos do tesouro estadual a contrapartida de 20% do valor repassado pelo MS para desenvolvimento das ações de saúde no Sistema Penitenciário.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	25. Cumprir as cláusulas do convênio com a Secretaria de Segurança Pública no que diz respeito ao fornecimento de no mínimo 80% dos insumos/medicamentos e correlatos para as ações de saúde do Sistema Penitenciário até 2013, chegando a 100% até 2015.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	26. Definir um instrumento para o monitoramento e avaliação das Políticas e/ou Serviços de Saúde implantados para a População Negra, o Índio, o Homem, o Idoso, a Pessoa com Deficiência, DST/Aids e Saúde no Sistema Penitenciário.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	27. Realizar quatro campanhas educativas/informativas de prevenção às DST/HIV/Aids.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	28. Implantar/implementar a Política de Saúde do Idoso, do Negro e do Homem nos 246 municípios do estado.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	29. Ampliar a adesão dos municípios ao Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), passando de 116 municípios em 2011 para 172 até 2015;	CONCLUÍDA
30. Ampliar de 80 para 85% cobertura vacinal antirrábica animal;	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO	

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p align="center">3 – Fortalecimento das ações de vigilância em saúde junto aos municípios, visando à redução de riscos e danos à saúde da população.</p>	1. Ampliar o controle de vetores para os agravos prioritários (dengue, febre amarela, doença de chagas, malária e leishmaniose) no Estado de Goiás até 2015.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	2. Ampliar o número de Centros Testagem e Aconselhamento (CTAs) nos municípios, passando de 16 CTAs em 2011 para 27 até 2015;	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	3. Implantar teste rápido para triagem de hepatites virais B e C nos 17 CTAs existentes até 2013 .	CONCLUÍDA
	4. Implantar o Programa Estadual de Prevenção e Controle de Febre Maculosa Brasileira, Epizootias, Febre do Nilo Ocidental, Micoses Sistêmicas, Doença de Chagas Crônico e Varíola Bovina em Goiás até 2015.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	5. Ampliar a adesão dos municípios para implantação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro no Estado de Goiás, passando de 70% em 2011 para 100 % até 2015	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	6. Ampliar a cobertura do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A para 100% dos municípios de Goiás até 2015, iniciando a implantação nos 52 municípios prioritários pertencentes ao Plano Brasil sem Miséria em 2012.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	7. Ampliar o percentual de testagem para HIV de 59,3% para 85% em pacientes com diagnóstico de tuberculose.	NÃO EXECUTADA
	8. Reduzir a taxa de incidência de HIV/Aids na população acima de 50 anos de 4,6/100.000 habitantes em 2010 para 2,6/100.000.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	9. Manter a incidência de Aids em menores de cinco anos, menor que 0,5 caso para cada 100.000 habitantes.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	10. Manter a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano, menor que 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	11. Apoiar tecnicamente os municípios para o controle do flúor na água para consumo em 186 municípios, com fluoretação na água de abastecimento.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	12. Reduzir o percentual de óbitos por causas mal definidas no estado, passando de 5,9% em 2011 para menos de 5% até 2015.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	13. Alcançar cobertura vacinal, preconizada pelo Ministério da Saúde nas campanhas de vacinação, no mínimo em 80% dos municípios do Estado de Goiás.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p style="text-align: center;">3 – Fortalecimento das ações de vigilância em saúde junto aos municípios, visando à redução de riscos e danos à saúde da população.</p>	14. Alcançar cobertura vacinal adequada, segundo Ministério da Saúde, de todas as vacinas do Calendário Básico de Vacinação da criança em 70% dos municípios do Estado de Goiás.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	15. Descentralizar as ações de vigilância pós-comercialização e uso de produtos sujeitos às ações de Vigilância Sanitária nos municípios goianos com população acima de 100.000 habitantes.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	16. Descentralizar o monitoramento da qualidade de alimentos em 30% dos municípios, passando de 38 municípios que realizam o monitoramento em 2011 para 73 municípios até 2015.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	17. Promover a pactuação na CIB para que no mínimo 30% dos municípios assumam ações de Vigilância Sanitária de médio e alto risco.	NÃO EXECUTADA
	18. Ampliar de seis para oito o número de núcleos de vigilância em âmbito hospitalar.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	19. Implantar o Programa Estadual de Monitoramento de Medicamentos, com princípios ativos mais utilizados por crianças e idosos nos Municípios de Goiânia, Anápolis, Aparecida de Goiânia, Itumbiara e Catalão.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	20. Instituir o Comitê Estadual de Investigação de Eventos Adversos de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	21. Reduzir em 10% os casos de óbitos por dengue, passando de 51 óbitos em 2011 para 33 óbitos até 2015.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	22. Reduzir em 25% a letalidade dos casos de dengue, passando de 11% para 7,25%.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	23. Implantar a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos em Municípios prioritários: Goiânia, Aparecida de Goiânia, Anápolis, Campos Belos, Catalão, Ceres, Formosa, Goiás, Iporá, Itumbiara, Jataí, Luziânia, Porangatu, Rio Verde, São Luís dos Montes Belos e Uruaçu.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	24. Elaborar e implantar o Plano de Contingência em Desastres Ambientais pelo Comitê Estadual de Saúde em Desastres Naturais.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	25. Implantar um novo Laboratório de Referência Macrorregional .	NÃO EXECUTADA
	26. Implantar dez novas tecnologias nas áreas de Vigilância em Saúde.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	27. Ampliar a capacidade laboratorial na vigilância de qualidade da água para consumo humano de uma região em 2011 para cinco regiões até 2015 .	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
28. Aumentar em 50% o monitoramento da qualidade da água para o consumo humano no estado, passando de 10.000 procedimentos/ano em 2011 para 15.000 procedimentos/ano em 2012 até 2015, perfazendo um total de 60.000 amostras de água.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO	

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p style="text-align: center;">3 – Fortalecimento das ações de vigilância em saúde junto aos municípios, visando à redução de riscos e danos à saúde da população.</p>	29. Aumentar em 20% o monitoramento de produtos e serviços expostos ao consumidor por meio de ensaios laboratoriais, passando de 20.000 procedimentos/ano em 2011 para 24.000 procedimentos/ano em 2012 até 2015, perfazendo um total de 96.000 procedimentos laboratoriais.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	30. Diagnosticar e monitorar doenças e agravos de interesse em saúde pública, perfazendo um total de 650.000 ensaios laboratoriais até 2015.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	31. Ampliar a descentralização de ensaios de interesse em saúde pública em mais de dez laboratórios municipais ou regionais até 2015 .	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	32. Ampliar a supervisão de laboratórios descentralizados, com serviços de interesse em saúde pública, de 15 em 2011 para 20 laboratórios/ano em 2012 até 2015, perfazendo um total de 80 laboratórios.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	33. Manter em 85% a cobertura das ações de controle da hanseníase nos 246 municípios.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	34. Reduzir de 5% para 4% o número de casos de hanseníase com grau dois de incapacidades no diagnóstico e na cura.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	35. Aumentar o percentual de 71% para 85% de cura para os casos de tuberculose .	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	36. Ampliar de 57% para 80% o percentual dos casos novos de tuberculose pulmonares bacilíferos em tratamento diretamente observados.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	37. Aumentar de 83% para 90% o percentual de contatos examinados dos casos de tuberculose pulmonar bacilíferos em relação aos registrados.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	38. Ampliar de 90% para 100% a cobertura das ações de controle da tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	39. Investigar 100% dos óbitos maternos.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	40. Investigar no mínimo 90% dos óbitos em mulheres em idade fértil.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	41. Investigar no mínimo 60% dos óbitos fetais e infantis.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	42. Aumentar em 10% a cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) nos municípios.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	43. Aumentar em 5% a cobertura do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) nos municípios.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	44. Apoiar o município de Goiânia na implantação do Projeto Vida no Trânsito, como parte de uma Política Nacional de Trânsito, de forma articulada com outros setores, visando à redução de óbitos e lesões, reforçando as ações de vigilância e prevenção de acidentes no trânsito, com recursos garantidos pelo Ministério da Saúde.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
45. Implantar em 22 Municípios com maiores índices de morbimortalidade por acidente de trânsito o Observatório de Mobilidade e Saúde Humanas até 2015, com o objetivo de redução dos índices.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL	
46. Rever o Código Sanitário Estadual e submetê-lo à aprovação da Assembleia Legislativa Estadual.	NÃO EXECUTADA	

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p style="text-align: center;">4 – Implantação de instrumentos de monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde no estado.</p>	1. Estabelecer padrões para monitorar e avaliar, anualmente, a qualidade dos serviços de atenção primária nos 246 municípios.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	2. Estabelecer padrões para monitorar e avaliar, anualmente, a qualidade de serviços de média e alta complexidade.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	3. Realizar uma chamada nutricional para crianças de zero a cinco anos de idade.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	4. Desenvolver e implantar um instrumento de monitoramento para as ações do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, que devem ser executadas nas Instituições de Ensino conjunto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), no mínimo em 50% das escolas que implantaram o projeto.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	5. Monitorar e avaliar a implantação/implementação dos dez passos sobre aleitamento materno nos 20 hospitais com o título de Hospitais da Iniciativa Amigo da Criança.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	6. Monitorar a gestão da assistência farmacêutica nos 246 municípios, por meio de questionário, conforme definido pela OMS-OPAS até 2015.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	7. Avaliar o impacto das ações sobre os indicadores (Caderneta de Saúde do Adolescente - CSA e Plano Operativo estadual - POE) nas 17 das Regionais de Saúde e divulgar os resultados.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	8. Realizar análise situacional em nove municípios que possuem Unidades Socioeducativas, para a conformação das Redes de Atenção à Saúde para Adolescentes Privados de Liberdade.	CONCLUÍDA
	9. Utilizar o georreferenciamento para mapear os serviços de mamografia, medicina nuclear e radioterapia no estado.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	10. Realizar o cadastramento dos aparelhos de radiodiagnóstico médico e odontológico nos 246 municípios.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	11. Identificar e cadastrar no mínimo 80% das comunidades terapêuticas no estado.	CONCLUÍDA
	12. Monitorar 100% da água utilizada nos serviços de terapia renal substitutiva.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	13. Monitorar 100% dos serviços de mamografia.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	14. Avaliar 100% das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) existentes no estado.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	15. Georreferenciar 50% das áreas de risco ambiental do estado, com impacto na saúde pública.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p align="center">5 – Fortalecimento da participação e do controle social em saúde.</p>	<p>1. Garantir infraestrutura adequada ao Conselho Estadual de Saúde (móveis, equipamentos de informática e comunicação social, sala de reuniões de conselheiros e acesso a meio de transporte), propiciando a realização das ações do mesmo.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
	<p>2. Garantir a realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
<p align="center">6 – Desenvolvimento da capacidade institucional de planejamento e avaliação, utilizando a análise da situação de saúde para identificar e definir prioridades no âmbito do estado.</p>	<p>1. Consolidar e apresentar quatro Programações Anuais de Saúde (PAS), referentes ao período de 2012 a 2015 e submetê-las à apreciação e aprovação do Conselho Estadual de Saúde.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO</p>
	<p>2. Consolidar e apresentar quatro Relatórios Anuais de Gestão (RAG), referentes ao período de 2012 a 2015 e submetê-los à apreciação e aprovação do Conselho Estadual de Saúde.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO</p>
	<p>3. Elaborar 12 Relatórios Circunstanciados dos anos de 2012 a 2015 – Lei Complementar 141/2012, art.36.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO</p>
	<p>4. Elaborar e monitorar o PPA 2012 / 2015.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO</p>
	<p>5. Elaborar quatro orçamentos anuais da SES-GO no período 2012/2015.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO</p>
	<p>6. Atender 100% da demanda de pedidos de abertura de créditos adicionais.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
	<p>7. Elaborar e encaminhar quatro Relatórios de Gestão Governamental no período 2012/2015.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO</p>
<p align="center">7 – Ampliação da capacidade técnica e institucional para, junto aos municípios, auditar os sistemas e serviços de saúde e fazer cumprir as leis e normas do SUS.</p>	<p>1. Monitorar os 246 municípios goianos e seus Conselhos Municipais no Sistema de Apoio a Construção do Relatório Anual de Gestão do SUS (SARGSUS).</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
	<p>2. Elaborar uma agenda de capacitação permanente em Sistema de Planejamento do SUS, voltada aos 246 municípios goianos de forma articulada com a SEST/SUS, CES e COSEMS, visando capacitar gestores e técnicos estaduais e municipais no uso de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
	<p>3. Cadastrar os 246 gestores das Secretarias Municipais de Saúde no Sistema de Apoio à Construção do Relatório Anual de Gestão do SUS (SARGSUS).</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
	<p>4. Cadastrar 246 Conselhos Municipais de Saúde no Sistema de Apoio à Construção do Relatório Anual de Gestão do SUS (SARGSUS).</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
	<p>5. Apoiar tecnicamente as 12 Unidades Socioeducativas quanto à inclusão e manutenção no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES).</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
	<p>6. Promover a assinatura dos Contratos Organizativos de Ação Pública (COAPS), com definição de responsabilidades recíprocas nos 246 municípios.</p>	<p align="center">NÃO EXECUTADA</p>

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p>7 – Ampliação da capacidade técnica e institucional para, junto aos municípios, auditar os sistemas e serviços de saúde e fazer cumprir as leis e normas do SUS.</p>	<p>7. Constituir e manter um Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) para implementar a Atenção à Saúde de Adolescente Privado de Liberdade no Estado de Goiás.</p>	<p>NÃO EXECUTADA</p>
	<p>8. Implantar o controle de qualidade dos exames de citologia do colo do útero, mamária e das mamografias em 80% dos prestadores de serviço dos municípios da Região Nordeste Goiano.</p>	<p>EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
<p>8 – Implantar Políticas e Estratégias de desenvolvimento organizacional da SES, conferindo maior capacidade institucional para melhor desempenho das suas competências e maior cooperação com os municípios.</p>	<p>1. Adquirir sede administrativa para a SES que comporte todas as sete superintendências.</p>	<p>NÃO EXECUTADA</p>
	<p>2. Reformar, adequando as estruturas prediais das Regionais de Saúde de Porangatu, Uruaçu, Ceres, Campos Belos, Luziânia, Catalão, Itumbiara, Rio Verde, Jataí e Iporá.</p>	<p>NÃO EXECUTADA</p>
	<p>3. Adquirir sede administrativa para as Regionais de Saúde de Goiânia, Aparecida de Goiânia, São Luiz de Montes Belos, Anápolis, Formosa e Posse.</p>	<p>EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
	<p>4. Concluir a construção do prédio da Rede de Frio da Central Estadual de Armazenamento de Imunobiológicos.</p>	<p>EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
	<p>5. Adquirir novos equipamentos para a Central de Imunobiológicos e para as Regionais de Saúde (ar condicionado, freezer, geladeiras e gerador de energia).</p>	<p>NÃO EXECUTADA</p>
	<p>6. Implantar duas Gerências de Unidades Regionais de Saúde: Centro Sul – Aparecida de Goiânia e a Nordeste II – Posse.</p>	<p>EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
	<p>7. Adquirir computadores, estabilizadores, impressoras, modems, scanners, aparelhos de fax e telefones para as 17 Regionais de Saúde e quatro Núcleos de Apoio e Controle de Endemias de: Formosa, Morrinhos, Ceres e Jataí.</p>	<p>EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
	<p>8. Construir um galpão para o Almoarifado Central.</p>	<p>NÃO EXECUTADA</p>
	<p>9. Substituir o gerador de energia do complexo do Almoarifado Central da SES e da Escola de Saúde Pública.</p>	<p>NÃO EXECUTADA</p>
	<p>10. Ampliar e adequar as dependências do Laboratório Central de Saúde Pública e de Entomologia.</p>	<p>NÃO EXECUTADA</p>
	<p>11. Adequar as instalações da Gráfica da SES.</p>	<p>NÃO EXECUTADA</p>
	<p>12. Construir e adequar a sede definitiva do Complexo Regulador Estadual.</p>	<p>EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p align="center">9 – Desenvolvimento de estratégias para a melhoria da qualidade da força de trabalho na SES e para o SUS.</p>	<p>1. Implantar uma mesa de negociação, com participação das entidades representativas dos servidores e governo para a implantação de uma Política de Recursos Humanos para a SES e para o SUS e o Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos (PCCV) para a SES e contribuir para a construção dos PCCVs municipais.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO</p>
	<p>2. Instituir a Secretaria Executiva da Comissão de Integração Ensino Serviço – CIES Estadual, na Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS (SEST/SUS), que coordenará o planejamento e definição de prioridades, na oferta de cursos de capacitação para os municípios, norteados pelos indicadores epidemiológicos, observando as iniquidades regionais, com a participação das demais superintendências, representantes do Conselho Estadual de Saúde, das Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).</p>	<p align="center">NÃO EXECUTADA</p>
	<p>3. Desenvolver e implantar a Estratégia de Valorização dos Servidores da SES até 2013.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
<p align="center">10 – Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde.</p>	<p>1. Implantar novo modelo de gerenciamento das unidades hospitalares próprias, com financiamento estável, transferindo a gestão de seis unidades hospitalares da SES para Organizações Sociais de Saúde.</p>	<p align="center">CONCLUÍDA</p>
	<p>2. Desenvolver um instrumento padrão para monitorar e avaliar, periodicamente, os objetivos e as metas pactuadas, nas unidades hospitalares gerenciadas pelas OSS, buscando garantir a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados à população.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO</p>
	<p>3. Adequar o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), para que venha cumprir 100% das normas de funcionamento, segundo o Ministério da Saúde.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO</p>
	<p>4. Adequar a Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CEADI) e as 17 Centrais Regionais de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
	<p>5. Desenvolver instrumento de avaliação de satisfação dos usuários pertinentes às ações e serviços do SUS contemplados na atenção primária, média e alta complexidade.</p>	<p align="center">NÃO EXECUTADA</p>
	<p>6. Realizar pelo menos uma avaliação de no mínimo 30% das unidades hospitalares públicas, filantrópicas e privadas que prestam serviços para o SUS.</p>	<p align="center">NÃO EXECUTADA</p>
	<p>7. Reativar a Câmara Técnica de Avaliação da Atenção à Saúde.</p>	<p align="center">NÃO EXECUTADA</p>
	<p>8. Melhorar o desempenho dos 17 Complexos Reguladores Regionais.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO</p>

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p align="center">10 – Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde.</p>	9. Estabelecer padrões para monitorar e avaliar o desempenho das Redes Regionalizadas.	NÃO EXECUTADA
	10. Realizar uma avaliação por macrorregional para verificar a cobertura e qualidade dos serviços da Hemorrede no estado.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	11. Reformar a Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL).	CONCLUÍDA
	12. Reformar a Creche Cantinho Feliz.	NÃO EXECUTADA
	13. Reformar a Central de Odontologia de Goiânia.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	14. Implantar a Coordenação Estadual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde em Goiás.	CONCLUÍDA
	15. Implantar Coordenação de Controle de Infecção Relacionada a Serviços de Saúde em 17 Gerências Regionais de Saúde.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	16. Monitorar 100% dos indicadores de infecção relacionada a serviços de saúde prioritários no Estado de Goiás.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	17. Processar os sistemas de Informações em Saúde dos estabelecimentos sob Gestão Estadual.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
18. Implantar Ações de Humanização em 35% das Regionais.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL	
<p align="center">11 – Garantia de Assistência Farmacêutica.</p>	1. Efetuar a revisão da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais a cada dois anos, compreendendo período de 2012 a 2015.	NÃO EXECUTADA
	2. Implantar o serviço de referência de especialidades cujo tratamento esteja contemplado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.	NÃO EXECUTADA
	3. Implantar um Centro de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis para pacientes portadores de hepatite até 2014.	NÃO EXECUTADA
	4. Descentralizar o Componente Especializado em no mínimo seis Gerências de Unidades Regionais de Saúde.	NÃO EXECUTADA
	5. Implantar a Coordenação de Assistência Farmacêutica em 75% das Regionais de Saúde, sendo três em 2013, quatro em 2014 e seis em 2015.	NÃO EXECUTADA
	6. Monitorar a gestão da Assistência Farmacêutica nos 246 municípios, por meio de questionário, conforme definido pela OMS/Opas.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	7. Demandar à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS, a inclusão de medicamentos para pelo menos 50% das patologias não contempladas nos programas existentes, cuja prescrição reporta aos medicamentos do componente especializado e com maior demanda judicial no estado de 2014 a 2015.	NÃO EXECUTADA

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
12 – Implementação de ações de inovação tecnológica em saúde.	1. Definir, no novo Regulamento/ Regimento da SES (2012), a área responsável para desenvolver uma agenda de pesquisa e incorporação tecnológica em saúde e implementar a pesquisa e os Programas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, que sejam capazes de regular a incorporação de tecnologias e fomentar atividades de pesquisa e desenvolvimento em saúde.	NÃO EXECUTADA
	2. Implantar o Sistema de Informação em Saúde da Pessoa com Deficiência (SIS Deficiente) nos 246 municípios de Goiás.	NÃO EXECUTADA
	3. Implantar e/ou implementar os Sistemas de informação em Saúde (Siscolo, Sismama e Sis prenatal), conduzindo-os à transição para versões Web no mínimo em 70% dos 246 municípios do estado, inicialmente nas Regiões do Entorno do DF, Nordeste e Norte.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	4. Implantar novo Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) em 100% das salas de vacina do estado.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	5. Ampliar o Sistema de Vigilância Alimentar (SISVAN) nas Unidades Básicas de Saúde em 100% dos municípios, passando de 155 para 246 municípios.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	6. Implantar o SISHIPERDIA em 100% dos municípios do estado.	NÃO EXECUTADA
	7. Garantir infraestrutura de equipamentos de tecnologia da informação adequada para trabalhar com grandes bancos de dados e informações georreferenciadas.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	8. Adquirir e disponibilizar 283 Kits Conecta SUS, para todos os municípios, Superintendências da SES e outros serviços, visando à implantação do Centro de Informação, Comunicação e Operações em Saúde (CICOS) e Sistema ConectaSUS.	NÃO EXECUTADA
	9. Otimizar a capacidade de 50 links de dados da SES, Cartão Inteligente.	NÃO EXECUTADA
	10. Adequar e dimensionar 10 servidores da GTI e construir 20 DW, visando à integração dos Sistemas do DATASUS.	NÃO EXECUTADA
	11. Melhorar o parque computacional da SES/GO, promovendo a aquisição de 1.500 computadores, projetores e notebooks.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	12. Disponibilizar 40 Indicadores de Saúde no BI-Saúde.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	13. Implantar um barramento de Informações em Saúde.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	14. Implantar o Sistema de Registro Eletrônico (SIGASAÚDE) no estado.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	15. Implantar 246 Sistemas de Registro Eletrônico (SIGASAÚDE) nos municípios.	NÃO EXECUTADA
	16. Modernizar e digitalizar o acervo científico sobre o acidente com o Césio-137.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	17. Realizar pelo menos um estudo epidemiológico da coorte das pessoas envolvidas diretamente no acidente radioativo.	NÃO EXECUTADA
	18. Realizar pelo menos um estudo epidemiológico de coorte de descendentes das pessoas envolvidas diretamente no acidente.	NÃO EXECUTADA

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p align="center">13 – Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde</p>	1. Implementar a Rede de Atenção Oncológica – Controle do Câncer do Colo de Útero e de Mama nas cinco macrorregiões de saúde.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	2. Tornar 28 maternidades referência para a Rede de Assistência às Mulheres, Crianças e Adolescentes em situação de Violência Doméstica e Sexual.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	3. Implantar a Rede Cegonha (Rede Mamãe Goiana) na Região do Entorno do DF e Região Nordeste.	CONCLUÍDA
	4. Implantar quatro Centros de Recuperação de Dependentes Químicos (CREDEQs), nos seguintes municípios: Morrinhos, Aparecida de Goiânia, Caldas Novas e Rio Verde.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	5. Implantar a Rede de Assistência para Mulheres, Crianças e Adolescentes em situação de Violência Doméstica e Sexual da Região do Entorno do DF e Região Metropolitana de Goiânia.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	6. Ampliar o número de municípios com unidades para o tratamento de tabagismo, passando de 38 municípios em 2011 para 91 até em 2015.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	7. Implantar o Complexo Regulador Estadual.	NÃO EXECUTADA
	8. Instituir Câmara Técnica de Elaboração do COAP, visando à orientação dos 246 municípios do Estado de Goiás.	NÃO EXECUTADA
	9. Implantar a Rede de Atenção à Saúde Mental.	NÃO EXECUTADA
	10. Implantar a Rede de Urgência e Emergência.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	11. Implantar a Rede Amamenta e Alimenta Brasil em 10 municípios pólos a serem definidos.	NÃO EXECUTADA
	12. Implantar a Rede de Oncologia, especialmente, relacionadas ao câncer de pulmão, próstata, mama e de colo de útero nas cinco macrorregiões.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	13. Implantar a Política Estadual de Fortalecimento da Rede Hospitalar para o SUS, prioritariamente, reforçando as Unidades Hospitalares Filantrópicas e Públicas, com um maior aporte de recursos destinados ao incentivo e recuperação dessas unidades, aumentando a oferta de leitos de UTI de 527 para 633, sendo elas: Hospital São Pio X (Ceres), Hospital São Pedro de Alcântara (Goiás), Santa Casa de Misericórdia de Anápolis, Hospital Presbiteriano Dr. Gordon (Rio Verde), Hospital Sagrado Coração de Nerópolis, Hospital Municipal de Itaberaí, Hospital Municipal de Morrinhos, Hospital Municipal de Porangatu e Hospital Municipal de São Luís de Montes Belos, 1ª e 2ª etapas até 2013;	NÃO EXECUTADA

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p align="center">13 – Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde</p>	<p>14. Implantar a Política Estadual de Fortalecimento da Rede Hospitalar para o SUS, prioritariamente reforçando as demais Unidades Hospitalares, como: Santa Casa de Misericórdia de Catalão; Hospital e Maternidade São Marcos (Itumbiara), Hospital São Camilo (Formosa), Hospital Municipal Dr. Arquimedes Vieira de Brito (Posse) e Centro Médico Municipal Serafim de Carvalho (Jataí) até 2015.</p>	<p align="center">NÃO EXECUTADA</p>
	<p>15. Implantar a Política Estadual de Fortalecimento da Rede Hospitalar para o SUS, prioritariamente reforçando as demais Unidades Hospitalares, como: Santa Casa de Misericórdia de Catalão; Hospital e Maternidade São Marcos (Itumbiara), Hospital São Camilo (Formosa), Hospital Municipal Dr. Arquimedes Vieira de Brito (Posse) e Centro Médico Municipal Serafim de Carvalho (Jataí) até 2015.</p>	<p align="center">NÃO EXECUTADA</p>
	<p>16. Ampliar, dentro da Política Estadual de Fortalecimento da Rede Hospitalar para o SUS, a oferta de leitos hospitalares para a Microrregião Entorno Norte de 369 existentes em 2011, passando para 590 leitos até 2015.</p>	<p align="center">NÃO EXECUTADA</p>
	<p>17. Implantar três Centros de Referência de Saúde do Idoso.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
	<p>18. Construir o Hospital de Urgência e Emergência da Região Noroeste de Goiânia (HUGO II).</p>	<p align="center">CONCLUÍDA</p>
	<p>19. Construir o Hospital da Mulher em Goiânia (HMUR).</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
	<p>20. Construir uma sede para a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
	<p>21. Adquirir, reformar e equipar o prédio para sede do Hospital de Uruaçu.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO</p>
	<p>22. Concluir a obra e equipar o Hospital de Santo Antônio do Descoberto.</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>
	<p>23. Reformar e ampliar o Hospital Estadual Ernestina Lopes Jaime – Pirenópolis.</p>	<p align="center">NÃO EXECUTADA</p>
	<p>24. Reformar e Ampliar o Hospital Geral de Goiânia – HGG.</p>	<p align="center">NÃO EXECUTADA</p>
	<p>25. Reformar e Ampliar o Hospital de Urgência e Emergência de Goiânia (HUGO).</p>	<p align="center">NÃO EXECUTADA</p>
	<p>26. Ampliar o Hospital de Urgência de Emergência de Anápolis (HUANA).</p>	<p align="center">NÃO EXECUTADA</p>
	<p>27. Reformar e ampliar a Central de Medicamentos de Alto Custo (CMAC) - Juarez Barbosa.</p>	<p align="center">CONCLUÍDA</p>
	<p>28. Construir o Hospital Materno Infantil em Luziânia.</p>	<p align="center">NÃO EXECUTADA</p>
	<p>29. Construir a sede definitiva do Complexo Regulador Estadual.</p>	<p align="center">NÃO EXECUTADA</p>
<p>30. Reformar e ampliar o Hospital de Doenças Tropicais (HDT).</p>	<p align="center">EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL</p>	
<p>31. Ampliar o número de leitos existentes no Hospital de Doenças Tropicais, passando de 126 leitos em 2011 para 170 até 2015.</p>	<p align="center">NÃO EXECUTADA</p>	

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
13 – Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde	32. Ampliar o número de leitos existentes no Hospital de Doenças Tropicais, referentes à Unidade de Terapia Intensiva Adulto, passando de 10 leitos para 20 até 2015.	NÃO EXECUTADA
	33. Implantar 30 leitos de isolamentos pediátricos no Hospital de Doenças Tropicais até 2015.	NÃO EXECUTADA
	34. Ampliar de dez para 15 leitos pediátricos no Hospital de Doenças Tropicais até 2015.	NÃO EXECUTADA
	35. Construir 20 Unidades de Assistência Médica Especializada (UAMES).	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	36. Realizar pelo menos uma avaliação, de base municipal, sobre o acesso da população aos serviços de saúde na Atenção Primária nos 246 municípios, baseada nos pactos e compromissos assumidos.	NÃO EXECUTADA
	37. Realizar pelo menos uma avaliação, de base municipal, sobre o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade nos 246 municípios, de maneira que venha servir para a revisão da programação da assistência, da regionalização, das organizações das redes de assistência e, principalmente, para a definição de novos objetivos.	NÃO EXECUTADA
	38. Apoiar as 17 Gerências de Unidades Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde de Goiás na implementação de métodos de gestão do Sistema Municipal de Saúde para promover acesso aos serviços para toda a população (ex. elaboração do Plano Municipal de regulação do acesso)	NÃO EXECUTADA
	39. Implantar e/ou implementar 18 Serviços Residenciais Terapêuticos	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	40. Incluir 12 novos beneficiários no Programa de Volta para Casa, passando de 19 em 2011 para 31 beneficiários até 2015	NÃO EXECUTADA
	41. Implantar e/ou implementar 42 Centros de Atenção Psicossocial, passando de 37 para 79 CAPS	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	42. Implantar e/ou implementar 15 Unidades de Acolhimento para Usuários de Álcool e outras Drogas até 2015	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	43. Implantar 172 Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental em Hospitais Gerais	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	44. Cooperar financeiramente, por meio de custeio mensal e/ou aquisição de equipamentos e materiais permanentes, com os Serviços especializados de Atenção à Pessoa com Deficiência e DST/Aids, que não recebem incentivo financeiro Federal	NÃO EXECUTADA
	45. Implantar Rede Atenção Integral às Ações de Saúde do Idoso nas cinco macrorregiões até 2015	NÃO EXECUTADA

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p align="center">13 – Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde</p>	46. Conformar e pactuar nas 17 CIR's e CIB, na lógica de Redes de Atenção à Saúde (RAS), a Rede de Cuidados à Pessoa Idosa; Rede de Cuidados ao Portador de Deficiência (Visual); Rede de Cuidados ao Portador de Hipertensão; Rede de Cuidados ao Portador de Diabetes; Rede de Cuidados ao Portador de Deficiência (Físico-motora, Auditiva, Transtorno Neuromuscular, Ostomizados) e Rede de Terapia Renal Substitutiva.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	47. Aumentar, no mínimo em 30%, a captação de órgãos e tecidos para transplantes no estado.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	48. Ampliar de 974 transplantes realizados em 2011, passando para no mínimo 3.000 até 2015.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	49. Implantar um Comitê de Saúde da População Negra com a participação dos quilombolas	CONCLUÍDA
	50. Implantar/Implementar um Comitê de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).	CONCLUÍDA
	51. Definir uma política para o Hospital de Dermatologia Sanitária de Goiás.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	52. Implantar uma Unidade de Referência Macrorregional para a atenção à tuberculose	NÃO EXECUTADA
	53. Estruturar uma unidade de serviço de tratamento assistido no Hospital de Doenças Tropicais e um ambulatório para atendimento aos portadores de hepatites virais (B, C e D).	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	54. Adquirir equipamentos de informática, com incentivo do Ministério da Saúde (PAM), para estruturar a Coordenação de Controle Estadual de Hepatites Virais.	NÃO EXECUTADA
	55. Implantar na capital duas Unidades Sentinelas para Síndrome da Rubéola Congênita	NÃO EXECUTADA
56. Adquirir três veículos de Suporte Avançado para o SIATE	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL	
<p align="center">14 – Formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de pessoal para o SUS.</p>	1. Realizar Doutorado em Saúde Coletiva para 30 técnicos	NÃO EXECUTADA
	2. Qualificar 80.000 profissionais de saúde em cursos de extensão com duração de até 80h (seminários, oficinas, fóruns, congressos, simpósios, workshops e conferências).	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	3. Qualificar 100 profissionais de saúde com mestrado na área de saúde.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	4. Aperfeiçoar 2.380 profissionais de saúde em Atenção Primária à Saúde	NÃO EXECUTADA
	5. Qualificar 3.200 profissionais da saúde em Atenção Primária à Saúde com cursos presenciais e à distância.	NÃO EXECUTADA
	6. Conceder 1.740 vagas de estágio em nível superior.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	7. Conceder 3.132 vagas de estágio em nível médio.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	8. Qualificar 1.000 profissionais de saúde com especializações na área da saúde.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	9. Conceder 440 vagas para residência médica.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO
	10. Conceder 108 vagas para a residência multiprofissional e de especialidades.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p style="text-align: center;">14 – Formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de pessoal para o SUS.</p>	11. Qualificar 9.000 Agentes Comunitários de Saúde.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	12. Qualificar 4.000 Agentes de Combate às Endemias.	NÃO EXECUTADA
	13. Habilitar 2.000 profissionais de saúde com certificação de Auxiliar de Saúde Bucal.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	14. Habilitar 1.000 profissionais de saúde com certificação de Técnico de Saúde Bucal.	NÃO EXECUTADA
	15. Qualificar 300 profissionais Técnicos de Enfermagem com especialização em gerontologia.	NÃO EXECUTADA
	16. Habilitar 1.000 profissionais de saúde com certificação de Técnico de Vigilância em Saúde	NÃO EXECUTADA
	17. Aperfeiçoar 1.000 Agentes Comunitários de Saúde em saúde do idoso e portadores de necessidades especiais.	NÃO EXECUTADA
	18. Qualificar 50 profissionais da Organização Voluntária de Goiás (OVG) em Atenção à Saúde do Idoso.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	19. Qualificar 3.000 Conselheiros de Saúde no Estado de Goiás.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	20. Qualificar 150 preceptores de residência médica.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	21. Remodelar e estruturar 17 Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) nas regionais de saúde.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	22. Avaliar 70 projetos de pesquisa e elaborar pareceres técnicos.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	23. Implantar um núcleo de tele-educação na escola referente ao Telessaúde.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	24. Realizar quatro cursos para a gestão e Equipes de Atenção Básica para os 177 municípios participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ).	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	25. Capacitar os profissionais das 17 Gerências de Unidades Regionais de Saúde que atuam, na área de Assistência Farmacêutica (AF), na estruturação das ações de AF (Componentes Básico, Estratégico, Especializado), nas regionais.	NÃO EXECUTADA
	26. Capacitar pelo menos um profissional das 17 Gerências de Unidades Regionais de Saúde na implantação do Sistema de Gestão da Assistência Farmacêutica, até 2013.	CONCLUÍDA
27. Capacitar pelo menos um profissional da área de Assistência Farmacêutica (AF) dos 246 municípios, por Gerência de Unidade Regional de Saúde, visando à estruturação da AF municipal.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL	
28. Capacitar 100% dos responsáveis técnicos pelas ações de saúde bucal das 17 Gerências de Unidades Regionais de Saúde no Estado de Goiás.	CONCLUÍDA	

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p align="center">14 – Formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de pessoal para o SUS.</p>	29. Realizar quatro cursos de capacitação em gestão, planejamento e avaliação de Políticas de Saúde para gerentes, técnicos responsáveis por programas de saúde, do nível central e das regionais de saúde.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	30. Capacitar 500 pessoas para o Controle Social e Gestão participativa no SUS (conselheiros, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares e gestores).	NÃO EXECUTADA
	31. Capacitar 300 pessoas em controle do flúor em 246 municípios.	NÃO EXECUTADA
	32. Capacitar 600 profissionais para desenvolvimento da qualificação da gestão e das redes de atenção integral à saúde do idoso, saúde do homem, da população negra, indígena, pessoa portadora de deficiência, DST/Aids e outras populações mais vulneráveis.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	33. Realizar capacitações nas 17 Gerências Regionais, com o objetivo de definir instrumentos de monitoramento e avaliação das Políticas e/ou Serviços de Saúde Implantados para a População Negra, o Índio, o Homem, o Idoso, a Pessoa com Deficiência, DST/Aids e Saúde no Sistema Penitenciário.	CONCLUÍDA
	34. Realizar um Seminário Estadual em Goiás sobre Saúde na Primeira Infância – Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis.	NÃO EXECUTADA
	35. Capacitar 250 técnicos da Rede de Laboratórios do Estado que realizam exames de interesse em saúde pública.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	36. Capacitar recursos humanos do LACEN, perfazendo um total de 300 colaboradores, em Cursos de Educação Permanente.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	37. Capacitar no mínimo 60 técnicos do nível central da SES, das 17 Gerências de Unidades Regionais de Saúde e municípios-sede das mesmas, como apoiadores institucionais para o fortalecimento da Gestão da Atenção Básica.	CONCLUÍDA
	38. Capacitar 100 profissionais municipais inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.	CONCLUÍDA
	39. Capacitar 13.018 técnicos para o manuseio do Kit Família Brasileira Fortalecida.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	40. Capacitar 500 profissionais que atuam na Assistência às Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência no Estado de Goiás.	NÃO EXECUTADA
	41. Capacitar 246 gestores, 492 técnicos dos 246 municípios, 17 profissionais das Gerências das Unidades Regionais de Saúde nas 12 Oficinas de Planificação da Atenção Primária em Saúde .	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	42. Capacitar 1.000 profissionais nos sistemas de informação (SISCOLO, SISMAMA, SISCAN e SISPRENATAL WEB).	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
14 – Formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de pessoal para o SUS.	43. Qualificar 30 facilitadores da Estratégia AIDIPI Neonatal.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	44. Qualificar 50 facilitadores da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	45. Realizar Curso anual, para 60 profissionais em Reanimação Neonatal, em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria.	NÃO EXECUTADA
	46. Qualificar 30 municípios prioritários, sendo um profissional por município, quanto às ações de proteção ao aleitamento materno – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira infância, em conjunto com a Superintendência de Vigilância em Saúde (SUvisa).	NÃO EXECUTADA
	47. Qualificar os hospitais: Hospital Materno Infantil - Goiânia e Santa Casa de Anápolis, com Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), no Método Canguru.	CONCLUÍDA
	48. Qualificar uma das etapas do Método Canguru nos hospitais públicos ou filantrópicos com Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), em Ceres, Itumbiara e Goiânia.	CONCLUÍDA
	49. Qualificar 30 parteiras tradicionais quanto aos cuidados com o recém-nascido e princípios da reanimação neonatal da Região Nordeste Goiano.	NÃO EXECUTADA
	51. Realizar dois seminários sobre diagnóstico e tratamento de doenças detectadas na triagem neonatal, em parceria com a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Anápolis	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
	52. Capacitar 20 parteiras de comunidades quilombolas para implementação do projeto da Rede Cegonha (casas de parto) no período de 2012- 2015.	NÃO EXECUTADA
	53. Capacitar 2.000 técnicos em ações de saúde da mulher (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiras, médicos).	NÃO EXECUTADA
	54. Capacitar 100% dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Prisionais incluídas no Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário (POESSP).	CONCLUÍDA
	55. Capacitar técnicos das 17 Gerências de Unidades Regionais de Saúde e Municípios, esses de acordo com a avaliação de necessidade e demanda nas áreas de saúde do negro, Índio, homem, idoso, da pessoa com deficiência, DST/Aids e outras populações vulneráveis.	CONCLUÍDA
	56. Capacitar 1.200 cirurgiões-dentistas da Atenção Primária nas 17 Gerências de Unidades Regionais de Saúde do Estado de Goiás no atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
57. Formar 200 auxiliares de saúde bucal, 200 Técnicos em Saúde Bucal, 40 Técnicos em Prótese Dentária.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL	

DIRETRIZ	META	ACOMPANHAMENTO RAG 2012, 2013, 2014
<p align="center">14 – Formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de pessoal para o SUS.</p>	58. Qualificar 30 facilitadores na Estratégia AIDIPI Neonatal.	CONCLUÍDA
	59. Qualificar os médicos para preenchimento adequado das declarações de óbitos, referente à causa básica dos municípios das macrorregiões que apresentam proporção de óbitos mal definidos acima de 10%, prioritariamente, da Macrorregião Rio Vermelho (13,55%); Oeste I (13,15%); Nordeste (14,71%); Norte (10,66%).	NÃO EXECUTADA
	60. Capacitar 50 técnicos dos CERESTs e 200 técnicos da Rede Sentinela de Saúde do Trabalhador quanto aos protocolos estabelecidos.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO INICIAL
<p>15 - Implementação de ações de comunicação para o fortalecimento das políticas públicas em saúde.</p>	1. Fortalecer a Comunicação em Saúde no Estado.	EM ANDAMENTO - ESTÁGIO AVANÇADO

APÊNDICE 2 - RESULTADO DA TABULAÇÃO DE DADOS

DIRETRIZ	ACOMPANHAMENTO	RESULTADO POR SITUAÇÃO	Nº TOTAL DE METAS MONITORADAS
1	META NÃO EXECUTADA	1	10
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL	5	
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO AVANÇADO	2	
	META CONCLUÍDA	2	
2	META NÃO EXECUTADA	5	29
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL	19	
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO AVANÇADO	1	
	META CONCLUÍDA	4	
3	META NÃO EXECUTADA	4	46
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL	25	
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO AVANÇADO	16	
	META CONCLUÍDA	1	
4	META NÃO EXECUTADA	0	15
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL	7	
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO AVANÇADO	6	
	META CONCLUÍDA	2	
5	META NÃO EXECUTADA	0	2
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL	2	
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO AVANÇADO	0	
	META CONCLUÍDA	0	
6	META NÃO EXECUTADA	0	7
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL	1	
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO AVANÇADO	6	
	META CONCLUÍDA	0	
7	META NÃO EXECUTADA	2	8
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL	6	
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO AVANÇADO	0	
	META CONCLUÍDA	0	

DIRETRIZ	ACOMPANHAMENTO	RESULTADO POR SITUAÇÃO	Nº TOTAL DE METAS MONITORADAS
8	META NÃO EXECUTADA	7	12
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL	5	
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO AVANÇADO	0	
	META CONCLUÍDA	0	
9	META NÃO EXECUTADA	1	3
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL	1	
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO AVANÇADO	1	
	META CONCLUÍDA		
10	META NÃO EXECUTADA	5	18
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL	6	
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO AVANÇADO	4	
	META CONCLUÍDA	3	
11	META NÃO EXECUTADA	6	7
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL	1	
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO AVANÇADO	0	
	META CONCLUÍDA	0	
12	META NÃO EXECUTADA	9	18
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL	4	
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO AVANÇADO	5	
	META CONCLUÍDA	0	
13	META NÃO EXECUTADA	27	55
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL	19	
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO AVANÇADO	4	
	META CONCLUÍDA	5	
14	META NÃO EXECUTADA	19	60
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL	27	
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO AVANÇADO	4	
	META CONCLUÍDA	10	
15	META NÃO EXECUTADA	0	1
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO INICIAL	0	
	META EM ANDAMENTO – ESTÁGIO AVANÇADO	1	
	META CONCLUÍDA	0	

**APÊNDICE 3 - PLANILHA DE RESULTADO GERAL DAS METAS
MONITORADAS NO PS SES-GO 2012-2015**

TOTAL DE METAS MONITORADAS	ACOMPANHAMENTO	RESULTADO GERAL	RESULTADO GERAL %
291	METAS NÃO EXECUTADAS	86	29,5
	METAS EM ESTÁGIO INICIAL	128	44
	METAS EM ESTÁGIO AVANÇADO	50	17,2
	METAS CONCLUÍDAS	27	9,3

APÊNDICE 4 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO E MANUSEIO DE DADOS

Esta Secretaria de Estado da Saúde de Goiás está convidada a fazer parte do Projeto de Pesquisa - Análise do Processo de Implementação do Plano Estadual de Saúde 2012-2015: O Caso Goiás - a ser orientado pela Professora Dr^a Edsaura Maria Pereira e co-orientado pelo Prof^o. Dr. Nélon Bezerra Barbosa e desenvolvido pela mestrandia: Cláudia de Menezes Vidal Paiva.

Solicitamos autorização para manusear os Instrumentos de Planejamento da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, referente ao Sistema de Planejamento do SUS, tais como: Plano Estadual de Saúde 2012-2015, Programações Anuais de Saúde (2012, 2013, 2014 e 2015), bem como os Relatórios Anuais de Gestão (2012, 2013, 2014).

Informamos que a coleta de dados será feita por meio da aplicação de uma matriz de planejamento, em janeiro de 2015, a ser encaminhada para todas as Superintendências, com o objetivo de monitorar a situação da implementação das metas, constantes do PES SES-GO 2012-2015, identificando os seguintes aspectos: a diretriz, a meta, o percentual de implementação da meta, a área responsável e os fatores facilitadores e inibidores da implantação.

Comunicamos que os dados somente serão coletados mediante o consentimento do Secretário desta Pasta.

O risco previsto pela pesquisadora envolve a identificação das respostas realizadas pelas diversas superintendências. Esse risco será minimizado uma vez que a análise dos dados será feita em um contexto geral.

Quanto aos benefícios acredita-se que os resultados alcançados possibilitarão um melhor direcionamento da Gestão do SUS em Goiás, por meio da implantação/implementação das ações e serviços de saúde, visando: o atendimento das crescentes demandas de saúde da população; a educação permanente dos profissionais do SUS; e a garantia do financiamento para os mesmos.

Por conseguinte, vislumbra-se a utilização do Plano como um meio de otimização de recursos humanos, materiais e financeiros; de análise de ambiências; de prospecção de futuro; de orientação e transparência do processo de gestão do SUS.

Informamos que o referido Projeto de Pesquisa será apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, inserido da Área Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde, para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

O uso dos respectivos dados possibilitará a elaboração da dissertação de mestrado, bem como a publicação de artigos em revistas científicas da área, periódicos ou caderno de resumos.

Os dados coletados ficarão guardados por cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora e após esse período serão destruídos, conforme Resolução nº 466/2012.

Declaramos ciência de que nossa instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Goiânia, de de 2014.

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
(assinatura e carimbo)