



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

ANA CAROLINA ANDRADE DE OLIVEIRA

**CONCEPÇÃO E FERRAMENTAS DO PLANEJAMENTO PARA TOMADA DE
DECISÃO: O CASO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

FORTALEZA – CEARÁ

2018

ANA CAROLINA ANDRADE DE OLIVEIRA

CONCEPÇÃO E FERRAMENTAS DO PLANEJAMENTO PARA TOMADA DE
DECISÃO: O CASO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

FORTALEZA – CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Oliveira, Ana Carolina Andrade de.
Concepção e ferramentas do planejamento para
tomada de decisão: o caso do Município de Fortaleza
[recurso eletrônico] / Ana Carolina Andrade de
Oliveira. - 2018.
1 CD-ROM: il.; 4 ⅝ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 80 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Fortaleza, 2018.

Área de concentração: Saúde coletiva.

Orientação: Prof.^a Ph.D. Maria Salete Bessa Jorge.

1. Planejamento em saúde. 2. Tomada de decisão.
3. Controle Social. I. Título.

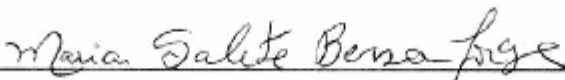
ANA CAROLINA ANDRADE DE OLIVEIRA

CONCEPÇÃO E FERRAMENTAS DO PLANEJAMENTO PARA TOMADA DE
DECISÃO: O CASO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Saúde Coletiva do Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do
Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Estadual do Ceará, como
requisito parcial à obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva. Área de
Concentração: Saúde Coletiva.

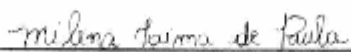
Aprovada em: 14 de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profa. Dra. Milena Lima de Paula

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profa. Dra. Lucia Conde de Oliveira

Universidade Estadual do Ceará – UECE

AGRADECIMENTOS

Nessa minha trajetória pude contar com pessoas para estarem ao meu lado, sendo essenciais para chegar aonde estou hoje. A eles gostaria de agradecer.

À Deus, pois só Ele sabe o caminho que percorri até chegar aqui.

À minha mãe, pelo suporte e incentivo de uma vida inteira e maior torcedora de minhas conquistas.

Ao meu pai, por sua presença e suporte de sempre.

Aos meus queridos irmãos que sonham junto comigo e vibram minhas vitórias como se fossem deles.

Aos meus filhos, Davi e Cecília, minhas maiores fontes de inspiração. Tudo por eles e para eles.

À minha querida amiga, Yane, por compartilhar comigo esses dois anos, sempre me dando suporte e apoio.

À turma do mestrado pela solidariedade, risadas e união.

À Suelen, Raquel, Jamine, Jordana e Milena por partilharem comigo essa trajetória acadêmica e estarem sempre dispostas a ajudar.

Aos gestores e conselheiros de saúde que aceitaram estar comigo nessa pesquisa.

À querida Maírla que estendeu sua mão e sempre esteve disposta a ajudar e a escutar.

À Larah, Marnessa e Gabi por fazerem parte dessa história.

Por fim, a minha orientadora que esteve comigo durante todo o processo Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo.”

(José de Alencar)

RESUMO

O planejamento em saúde trata dos processos de produção de políticas, dos modos de organização das práticas e das formas de gestão dos planos, programas e projetos de ação. Ele possibilita a definição de objetivos e a organização das ações a serem desenvolvidas nos serviços de saúde. Sendo parte do planejamento o processo decisório que é complexo e permeado de subjetividade e incertezas. Referindo-se à área de políticas, planejamento e gestão em saúde, ressalta-se: há momentos em que faltam conhecimentos para a tomada de decisões, outros em que há conhecimentos suficientes, mas as decisões são adiadas e, ainda, existem aqueles em que as decisões são necessárias mesmo diante de escassas evidências. A pesquisa teve como objetivo analisar a concepção e ferramentas do planejamento para tomada de decisão. O estudo é de natureza qualitativa, com organização dos dados pelo Software Nvivo (versão 10) e análise pela Hermenêutica. Os participantes foram Conselheiros de Saúde e gestores, sendo as técnicas de coleta roda de conversa e entrevista semi-estruturada. A presente pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil e seguiu as normas estabelecidas na Resolução nº 466/2012. Após análise dos dados, emergiram duas categorias: Planejamento e gestão em saúde e Tomada de decisão e controle social. Os achados da pesquisa revelam a importância de aprofundamento na temática do planejamento, bem como o papel do Conselho de Saúde no processo decisório.

Palavras-chave: Planejamento em saúde. Tomada de decisão. Controle Social.

ABSTRACT

Health planning addresses the processes of policymaking, ways of organizing practices and ways of managing plans, programs and action projects. It enables the definition of objectives and the organization of actions to be developed in health services. Being part of the planning decision process is complex and permeated by subjectivity and uncertainties. Referring to the area of health policy, planning and management, there are moments when there is a lack of knowledge for decision-making, others where there is sufficient knowledge, but decisions are postponed and there are also those in which decisions are necessary even in the face of scanty evidence. The research had as objective to analyze the conception and tools of the planning for decision making. The study is of a qualitative nature, with data organization by Software Nvivo (version 10) and analysis by Hermeneutics. Participants were Health Counselors and managers, with the techniques of collecting the conversation wheel and semi-structured interview. The present research was registered in Plataforma Brasil and followed the norms established in Resolution 466/2012. After analyzing the data, two categories emerged: Planning and management in health and Decision making and social control. The research findings reveal the importance of deepening the planning theme, as well as the role of the Health Council in the decision-making process.

Keywords: Health planning. Decision making. Social Control.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	O DESPERTAR DA PESQUISA.....	10
1.2	OBJETO CONTEXTUALIZADO.....	11
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	GERAL.....	14
2.2	ESPECÍFICOS.....	14
3	ESTADO DA ARTE.....	15
3.1	PLANEJAMENTO EM SAÚDE E TOMADA DE DECISÃO.....	15
4	MÉTODO.....	22
4.1	BASE TEÓRICA DO MÉTODO.....	22
4.1.1	Hermenêutica de Gadamer.....	22
4.2	A PESQUISA.....	23
4.2.1	Cenários da pesquisa.....	23
4.2.2	Participantes da pesquisa.....	25
4.2.3	Estratégias e técnicas de coleta dos discursos.....	26
4.2.4	Questões éticas.....	27
4.2.5	Análise.....	28
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
5.1	PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE.....	30
5.2	TOMADA DE DECISÃO E CONTROLE SOCIAL.....	33
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
	REFERÊNCIAS.....	39
	APÊNDICES.....	44
	APÊNDICE A – Roteiro roda de conversa com conselheiros da saúde.....	45
	APÊNDICE B – Roteiro de observação.....	46
	APÊNDICE C – Roteiro de entrevista.....	47
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para integrantes de nível superior do Conselho Municipal de Saúde.....	48
	APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para integrantes de nível médio do Conselho Municipal de Saúde.....	50

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para gestores.....	52
ANEXOS.....	54
ANEXO A – PPA 2014-2017 - Lei N.º 10.095, de 27 de setembro de 2013 Suplemento do DOM ao N.º 15.136, de 09/10/2013.....	55
ANEXO B – Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014 – 2017.....	59
ANEXO C – Resolução nº 510, DE 07 de abril de 2016.....	63
ANEXO D – Parecer do comitê de ética.....	78

1 INTRODUÇÃO

1.1 O DESPERTAR DA PESQUISA

O interesse pelo tema surgiu ainda na graduação em Enfermagem na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), cursando a disciplina de Administração e Gerenciamento em Enfermagem, na qual a pesquisadora teve acesso aos protocolos utilizados pelos gerentes na Rede de Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde para subsidiar as tomadas de decisão.

No final do curso, realizou-se uma pesquisa referente ao planejamento e gestão executado por enfermeiros na Rede Cegonha em uma maternidade de referência no município de Fortaleza, Ceará. Desde então, o tema despertou curiosidade e instigação para compreender como os gestores planejam e realizam suas deliberações.

Durante os seis meses após a conclusão do curso, a pesquisadora foi selecionada para ser bolsista de apoio técnico, tendo como propósito conhecer melhor o universo da pesquisa. Participou de coleta de dados, pesquisas financiadas, conheceu renomados pesquisadores, planejou atas de reuniões, entre várias outras atribuições que amadureceram seus conhecimentos sobre fazer pesquisa.

Concomitante às incumbências realizadas como apoio técnico, preparou-se para realizar as seleções públicas para ingresso no Mestrado das Universidades localizadas em Fortaleza. Participou, então, da Seleção do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e teve a honra de ser selecionada para fazer parte da turma de 2017.

Na UECE, tornou-se membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE), cujo os encontros são quinzenais para discussão de temas relevantes à saúde.

Assim, com as discussões ocorridas nas disciplinas do mestrado e ampliação do conhecimento acerca dos avanços no setor da saúde e desafios enfrentados para a consolidação do SUS, pôde alcançar a delimitação do estudo, sendo ela a análise do planejamento em saúde no município de Fortaleza.

1.2 OBJETO CONTEXTUALIZADO

A prática do planejamento é inerente ao ser humano desde o momento em que este se percebe enquanto ser pensante, capaz de fazer planos, traçar metas e definir objetivos (SILVA; NASCIMENTO, 2011). Contudo, o planejamento só se tornou um conjunto mais sistemático de técnicas e um campo disciplinar organizado a partir do advento do capitalismo, relacionado à necessidade de administrar as grandes fortunas acumuladas. A evolução do arcabouço teórico-metodológico do planejamento está ligada ao desenvolvimento das sociedades e do pensamento humano (RIVERA; ARTMANN, 2012).

A partir da década de 1970, surgiram discussões acerca da possibilidade de desenvolvimento do planejamento em outras áreas da sociedade, por exemplo, na área da saúde, tendo como base o planejamento econômico. O planejamento em saúde trata dos processos de produção de políticas, dos modos de organização das práticas e das formas de gestão dos planos, programas e projetos de ação (TEIXEIRA *et al.*, 2014). Ele possibilita a definição de objetivos e a organização das ações a serem desenvolvidas nos serviços de saúde. Além disso, facilita o acompanhamento, a fiscalização, o controle dos gastos e a avaliação dos resultados obtidos (LACERDA *et al.*, 2012).

Como etapa no processo de planejamento, é utilizada a definição de prioridades, sendo elas consequência natural do desequilíbrio entre necessidades e recursos. Aos profissionais de planejamento em saúde sobrevém o desafio de desenvolver estratégias para ampliar a capacidade de diferentes atores reconhecerem problemas de saúde prioritários, de modo a incrementar a consistência entre as ações planejadas e as necessidades de saúde da população (BATTESINI; FISCHMANN; WEISE, 2013).

O planejamento no SUS é norteado por sete princípios, sendo eles: **1º** - o planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua. O processo de planejamento em saúde é de responsabilidade de cada ente federado, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada, ascendente, integrada e solidária, entre as três esferas de governo, na medida em que visa dar direcionalidade à gestão pública da saúde; **2º** - o planejamento no SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral; **3º** - o planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais,

bipartite e tripartite; **4º** - o planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS; **5º** - o planejamento deve ser ascendente e integrado; **6º** - o planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde; e por fim o **7º princípio** - o planejamento deve partir das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2016).

Sem a realização de planejamento, as atividades são executadas por inércia. Os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel e esta noção é produzida de acordo com a visão de mundo de cada dirigente e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado. Subjetiva-se, fragmenta-se e desordena-se o funcionamento do sistema de saúde na medida de tantas quantas visões e, conseqüentemente, modos de operação existam. Se não há visão clara de onde se deseja chegar, cada indivíduo conduzirá e realizará suas atividades a sua maneira. Se tantos caminham para direções diversas, os avanços de uns se neutralizam pelos retrocessos de outros. Dificilmente haverá ganhos de qualidade e com certeza os recursos serão utilizados de forma menos eficiente (VIEIRA, 2009).

Recentemente, o Ministério da Saúde revisou todos os instrumentos de gestão do SUS e criou o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), por meio da Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006¹⁵. Esta revisão das diretrizes do planejamento veio em um momento em que reformas institucionais são implementadas, por meio do Pacto pela Saúde, com redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social (BRASIL, 2006a).

É importante pensar que esses sujeitos que se ocupam da gestão não seriam apenas aqueles formalmente constituídos na função de gestores, mas, de fato, qualquer integrante do Sistema Único de Saúde (BEDIN *et al.*, 2014). Entretanto, é recorrente a constatação de que a gestão em saúde ainda está ancorada em métodos e estratégias tradicionais, oriundas da teoria clássica da administração. E que construir novas formas de gestão na área da saúde, fundadas na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares onde trabalhadores e usuários atuem como sujeitos ativos, permanece como desafio (MATOS; PIRES, 2006).

A sociedade civil brasileira tem sua participação incluída na gestão a partir do início dos anos 1990, por meio de conselhos de saúde. Estes têm como preceito legal a formulação de estratégias, bem como o controle da execução das políticas de

saúde, inclusive nos aspectos econômico-financeiros. Isto significa que os Conselhos devem, no seu âmbito de atuação, participar ativamente da gestão da saúde, acompanhando a execução dos respectivos planos de saúde em relação aos valores gastos e se tal despesa está sendo feita para obter os resultados previstos no plano de saúde. O papel mais importante dos conselhos, em seu sentido mais amplo, é garantir que os planos de saúde nas três esferas de governo sejam coerentes com o modelo de atenção e de gestão da saúde indicado pelos princípios e diretrizes do SUS, e que sua execução seja um compromisso permanente dos gestores (BRASIL, 1990).

A participação dos conselhos na gestão implica em maior complexidade do processo de decisão, pois, apesar de instituir a participação da sociedade como diretriz e princípio básico, o governo permanece ator central, o que confere ao Estado o papel de coordenador e legitimador dos processos políticos de gestão. Entretanto, a distribuição de poder na tomada de decisões é estabelecida a partir de regras, definidas por meio de debates e processos de negociação intensos entre os diversos atores (MILANI, 2008).

Segundo um estudo realizado por Paim e Teixeira (2006), entre 2001 e 2005 o traço mais marcante da produção de conhecimentos em planejamento e gestão foi a multiplicação de investigações sobre a municipalização da gestão e a expansão da atenção básica à saúde. Alguns desses temas consolidaram-se em debates, desde a segunda metade dos anos 90, a exemplo da problemática da gestão descentralizada do SUS, em função dos avanços no processo de descentralização e o processo de mudança do modelo de atenção à saúde, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF).

Diante do exposto, a relevância do estudo se dá pela fragilidade teórico-prática nos processos decisórios e de planejamento no setor da saúde, justificando-se pela insuficiente produção científica acerca do assunto. Assim, emergiram os seguintes questionamentos: Quais as bases teóricas do planejamento utilizadas na prática? Como é produzido o planejamento? Qual o conhecimento dos gestores, profissionais de saúde e usuários membros do Conselho Municipal de Saúde sobre o planejamento existente na prática? Que ferramentas são utilizadas, pelos gestores, para subsidiar a tomada de decisão?

A seguir elaborou-se os objetivos da pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a concepção e ferramentas do planejamento para tomada de decisão.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Compreender a concepção dos integrantes do Conselho Municipal de Saúde sobre o planejamento em saúde exercido na prática;
- b) Identificar as ferramentas utilizadas pelos gestores para subsidiar a tomada de decisão;
- c) Descrever a base teórica do planejamento utilizada na prática.

3 ESTADO DA ARTE

3.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE E TOMADA DE DECISÃO

Historicamente, o planejamento é uma terminologia utilizada tanto na perspectiva individual quanto, mais fortemente, no cotidiano que permeia a política e administração das diferentes organizações. Basicamente, consiste em definir objetivos, traçando um plano específico de estratégias para que se possa sair de uma situação conhecida para uma desejada (SOUZA, 2013).

Há distinções do planejamento, dependendo do lugar que este ocupa no sistema social: 1) como substituto do mercado ou forma de regulação global da economia; 2) de caráter imperativo nas sociedades socialistas e 3) com caráter indicativo, no capitalismo, na medida em que o Estado indica rumos, estimula ou desestimula formas de investimento e prioridades (RIVERA; ARTMANN, 2010).

Ambas as formas de planejamento estão marcadas por dilemas que geram crises e fracassos relativos. No caso do planejamento socialista, verifica-se uma contradição entre plano e descentralização, onde o predomínio da centralização é a causa fundamental da crise deste modelo. Já no planejamento imperativo, é associado à crise do paradigma normativo, economicista e tecnocrático, típico de uma visão do planejamento como instrumento do Estado em situações de concentração de poder. Por fim, no planejamento indicativo, o problema básico é o confronto entre plano e mercado, com a possibilidade real de uma superação do plano pela lógica do mercado que responde mais a interesses particulares do que a interesses gerais da sociedade (RIVERA; ARTMANN, 2010).

Na América Latina, o planejamento econômico-social emerge na década de 50 apoiado em uma doutrina que faz do planejamento um instrumento indispensável à racionalização do processo de substituição econômica e de acumulação de capital, tendo o papel de transformar racionalmente as estruturas, reformando as instituições, seja no campo da saúde, educação, no regime de propriedade da terra ou na administração pública (LANA; GOMES, 1996).

Entretanto, é somente na segunda metade do século XX que surge o interesse no planejamento das ações em saúde, devido à complexidade que envolve o processo de trabalho desse setor no sentido de enfrentar as mudanças ocorridas nas condições da saúde da população. A prática do planejamento tornou-se uma

necessidade amplamente reconhecida em face das transformações decorrentes da prestação dos serviços, organização de redes e sistemas de saúde, despertando, assim, o interesse de organismos internacionais em desenvolver propostas metodológicas que pudessem subsidiar a administração pública dos serviços e sistema de saúde (TEIXEIRA, 2010).

As tendências de planejamento em saúde passam desde um modelo normativo, que privilegia as questões técnicas e econômicas a partir de uma aparente neutralidade, para modelos que tragam na sua concepção a incorporação da necessidade de transformação social, construindo formas de valorizar os aspectos políticos e sociais (LANA; GOMES, 1996).

Dentre as propostas teórico-metodológicas, destacam-se aqui as experiências que influenciaram o planejamento em saúde na América Latina e no Brasil, como o Método CENDES/OPAS¹, a proposta do CPPS, as concepções do Pensamento Estratégico de Mario Testa, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus e, por fim, o Planejamento Comunicativo.

No método CENDES/OPAS, a característica que o representa é ser um tipo de planejamento normativo, preso a um referencial de eficiência econômica e marcado pela omissão dos aspectos políticos inerentes ao processo de planejamento. Este método foi concebido para operar em um contexto caracterizado por um grande controle do Estado e por um grau avançado de integração sistêmica, condições que não se verificam em um setor de saúde com uma forte representação do privado e com altas doses de fragmentação. A fraqueza do setor público e a desconsideração dos aspectos políticos e macro institucionais envolvidos nos processos de formulação de políticas e planos contribuíram para invalidar parcialmente a proposta do CENDES. Como alternativa para uma visão do planejamento, como a busca da maximização de recursos econômicos abstratos, surge o conjunto de vertentes do planejamento estratégico, articuladas pela concepção do planejamento como processo interativo que obriga a considerar os vários atores envolvidos e a viabilidade política dos planos (RIVERA; ARTMANN, 2010).

Têm-se alguns avanços com a proposta de formulação de Políticas de Saúde do CPPS, a medida que a planificação de saúde não se restringe apenas à programação de serviços, mas é também entendida nos níveis técnico-operacional, político-administrativo e técnico-administrativo, a partir das definições de políticas, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento e adequação de vários componentes

do sistema de saúde, incluindo gestão, financiamento, organização dos serviços e a infraestrutura de recursos físicos, humanos e materiais (TEIXEIRA, 2010).

O grande mérito deste enfoque é ter se contraposto, em 1975, à visão dominante do Planejamento Normativo, resgatando o caráter dinâmico, flexível, atrelado à conjuntura do planejamento e à importância do reconhecimento de que o planejamento envolve o enfrentamento e confluência das forças sociais (LANA; GOMES, 1996). Entretanto, surgem críticas sistemáticas e questionamentos à proposta do CPPS, eclodindo na necessidade do movimento de reconstrução do planejamento em saúde, aparecendo, assim, o que Rivera (1992) denominou de enfoque estratégico do planejamento (SOUZA, 2013).

Na explanação do enfoque estratégico do planejamento em saúde, Giovanella (1991) comenta que Testa se interessa pelo comportamento dos atores sociais e dá ênfase na análise das relações de poder e na consideração das práticas de saúde enquanto práticas ideológicas, conformadoras de seus sujeitos. Testa, assim, avança de uma proposta de planejamento estratégico em saúde para um pensar a ação política em saúde.

Em sua proposição de Pensamento Estratégico, Mario Testa (1992, 1995) traça uma reflexão em que toma a política como uma proposta de distribuição de poder, entendendo estratégia como forma de implementação dessa política. Diante desta percepção, analisa a problemática da valorização do poder que se materializa de diferentes formas ou tipos, a depender de como se dá as relações entre os diversos atores sociais envolvidos na configuração dos processos políticos que envolvem o setor saúde.

Assim, o pensamento estratégico admite três tipos de poder: 1) o administrativo, que envolve a gerência de recursos humanos, materiais e econômicos; 2) o técnico, ligado ao conhecimento e saber e que vai determinar o novo administrador; 3) o político como o prioritário que envolve as forças sociais. As maneiras como se combinam os tipos de poder e as formas assumidas apontam para possibilidades diversas, caminhos que se teria de percorrer na constituição de um poder político de classe, isto é, um poder político científico e hegemônico (TESTA, 1995).

O trabalho de Testa tenta equacionar a lógica da programação em saúde a partir de uma ótica materialista, baseada parcialmente na Lei do Valor. Este incorpora

elementos do materialismo histórico, entretanto, de forma mecanicista, não lhe dando o tratamento de categorias de análise dialética (LANA; GOMES, 1996).

No final dos anos 70, a vertente do Planejamento Estratégico Situacional surge com o economista chileno Carlos Matus. Este modelo trabalha com dois conceitos básicos: o de situação, com base fenomenológica e o da teoria da produção social de base marxista (RIVERA, 1989).

O conceito de situação significa o lugar social onde estão situados o ator e a ação; fundamenta a premissa da existência de uma pluralidade explicativa de acordo com o número de atores envolvidos; denota o olhar de um ator envolvido na realidade que pretende explicar e que está determinado pela situação (LANA; GOMES, 1996).

É um método de planejamento constituído por quatro momentos não-sequenciais, simultâneos e em constante processo: 1) um momento explicativo equivalente ao diagnóstico em que são selecionados problemas e discutidas suas causas e as estruturas sociais básicas; 2) um momento normativo, que corresponde à definição do “dever ser” do plano, das operações que enfrentarão os problemas (operações *versus* problemas), o que poderia se chamar de “situação-objetivo”; 3) um momento estratégico de análise e construção da viabilidade política. É o momento de “poder ser” e ao “como fazer”. Inclui a formulação de uma estratégia e a análise de viabilidade em três níveis: viabilidade política, viabilidade econômica e viabilidade institucional-organizativa. Por fim, um momento tático-operacional de tomadas de decisão e de realização da ação concreta. Correspondente à planificação conjuntural ou à programação de curto prazo, ou seja, à desagregação das grandes diretrizes do plano e ao seu referenciamento à conjuntura, incluindo tomada de decisão, controle e avaliação. Sua importância reside no fato de que não existe ação no futuro desejado, assim, o presente nos permite “fazer” e o futuro nos assinala o “dever ser”. Esse momento admite outros dois momentos: a instância do conhecimento, relativa à apreciação da situação na conjuntura e a instância da ação que corresponde à atuação sobre problemas e operações (LANA; GOMES, 1996; SOUZA, 2013).

A partir da crítica ao planejamento como resultante de um único ator, o Estado desponta uma visão mais plural, segundo a qual a dinâmica estatal e de intervenção social pressupõe situações de compartilhamento de poder que suscitem a necessidade de planejar em situações de conflito e cooperação entre os atores.

Situações de exceção (regimes autoritários) exacerbaram o conflito e a relação de desconfiança reforçou contextos estratégicos. Com a democratização, volta-se a garantir a institucionalização e legitimação dos espaços de participação da sociedade na interface entre a sociedade civil, política e poder administrativo. Num contexto em que vários projetos de sociedade/atores se encontram em confronto constante, além do reconhecimento do conflito e sua tematização, é preciso fortalecer a capacidade de escuta do outro e de interação e negociação. Por isso, surge uma concepção pluralista e comunicativa do planejamento (RIVERA; ARTMANN, 2010).

O planejamento comunicativo representa um contraponto aos enfoques de planejamento estratégico em saúde, tendo por referência a teoria do agir comunicativo (TAC) de Jurgen Habermas. A partir da identificação de limitações destes enfoques estratégicos, buscou-se desconstruir o planejamento estratégico e propor uma versão mais comunicativa conduzida pela busca do entendimento e pela preocupação com a legitimidade dos planos (RIVERA; ARTMANN, 2010).

Recentemente, no Brasil, foi elaborado o Sistema de Planejamento do SUS – o PlanejaSUS – que reúne os seis volumes produzidos na série Cadernos de Planejamento, que tratam, cada um, de um tema específico do planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os objetivos do PlanejaSUS são: a) pactuar as diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS; b) formular metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento; c) implementar e difundir a cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores; d) promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS; e) monitorar e avaliar o processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados (BRASIL, 2006b).

Nesta perspectiva, pesquisadores da área atuam discutindo e elaborando pesquisas, no intuito de gerar evidências científicas que possam embasar a tomada de decisão para novas alternativas no sentido da prevenção das doenças, da promoção e da organização de um sistema equânime de saúde (BARRETO, 2003).

O processo de tomada de decisão científico varia de acordo com as especificidades do tema abordado, as informações disponíveis, as possíveis de serem utilizadas, a qualidade delas e do viés da formação profissional do indivíduo tomador de decisão. Dessa forma, este processo é representado em alto nível, com o objetivo

de minimizar a perda de informações na sua representação e, por conseguinte, utilizar ao máximo a informação disponível. As formas de modelar esse processo variam de acordo com as fontes, suas possíveis representações estatísticas, matemáticas ou computacionais e do contexto sobre o qual ele está inserido. Daí emergem as formas interdisciplinares de modelagem, suas representações e mesmo as suas diversas utilizações em cenários complexos de tomada de decisão (MORAES; SOARES, 2016).

Souza (2006) apresenta os três principais mecanismos para chamar a atenção dos decisores e formuladores de políticas públicas: (a) indicadores negativos referentes a determinado problema; (b) catástrofes naturais ou epidemias; e (c) *feedback*, ou informações que mostram as falhas da política e resultados medíocres.

A tomada de decisão é uma responsabilidade e uma competência formal do gestor que, além das informações obtidas no processo avaliativo, utiliza o conhecimento pessoal que possui (referências técnicas, políticas, institucionais, sociais, culturais entre outras) ou a percepção que tem do problema, forma uma convicção e toma uma decisão, mobilizando recursos necessários (TANAKA; TAMAKI, 2012).

O processo decisório na gestão em saúde é complexo e permeado de subjetividade e incertezas. Paim e Teixeira (2006), referindo-se à área de políticas, planejamento e gestão em saúde, ressaltam essas características afirmando que: há momentos em que faltam conhecimentos para a tomada de decisões, outros em que há conhecimentos suficientes, mas as decisões são adiadas e, ainda, existem aqueles em que as decisões são necessárias mesmo diante de escassas evidências.

Sendo assim, é necessário reconhecer que esse processo envolve uma variedade de dimensões essenciais, entre estas: como surgem os problemas de decisão política; como esses chegam à agenda das autoridades governamentais; como as pessoas formulam os temas de ação governamental; como aplicam as decisões; e por último, como a política é avaliada. Além disso, na dimensão que corresponde à implementação da política, mesmo tendo um plano aprovado e acordos estabelecidos pelos agentes implicados, há diferentes fatores que podem prejudicar essa etapa do processo decisório: imprevisibilidade relativa aos recursos ou a mudanças próprias da dinâmica da realidade; conflitos de interesses entre os governantes e entre estes e quem presta ou executa os serviços; fragmentação de

papéis das autoridades, tanto relativos aos setores, quanto aos diferentes níveis de governo comprometidos na execução das políticas públicas (LINDBLOM, 1981).

Assim, é o momento em que o gestor recebe os resultados da avaliação e decide sobre as ações a serem empreendidas para solucionar o problema que lhe deu origem. Esse momento também é revestido de subjetividade, pois o gestor tem que contextualizar os resultados da avaliação dentro dos vários cenários e fatores que lhe são próprios: questões estratégicas, políticas, econômicas, circunstanciais (oportunidades), enfim, os diversos fatores que afetam a gestão de um serviço, e formar uma convicção que lhe permitirá tomar a decisão (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Para que o problema seja efetivamente resolvido é necessário que todos os atores envolvidos na execução da decisão realizem a sua parte. A utilização da margem de poder que cada ator possui em favor da concretização da ação constitui uma tarefa que exige sensibilidade, pois é necessário que os seus resultados permitam aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de se traduzir em ação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

4 MÉTODO

4.1 BASE TEÓRICA DO MÉTODO

O estudo é de natureza qualitativa, com organização dos dados pelo Software Nvivo (versão 10) e análise pela Hermenêutica na perspectiva de Gadamer (1997).

4.1.1 Hermenêutica de Gadamer

Gadamer propicia o nascimento e o desenvolvimento de uma nova hermenêutica, a qual se refere ao mundo da experiência e ao mundo da pré-compreensão em que as pessoas já são e se compreendem como seres a partir da estrutura prévia de sentido. A compreensão, desta maneira, é ligada ao contexto vital do existente humano e o ato de compreender é uma realidade existencial. A interpretação não é encarada como uma questão de método, mas relativa à própria existência do intérprete. A hermenêutica é entendida como um problema universal – isto é, filosófico e ontológico que afeta em geral toda a relação entre o homem e o real – no qual o processo interpretativo decorre do exame das condições em que ocorre a compreensão (BARROS, 2008).

Segundo Gadamer (1997), a interpretação é concebida como algo inerente à totalidade da experiência humana, vinculada à sua condição de possibilidade finita, sendo uma tarefa criadora, circular e que ocorre no campo da linguagem. Desta maneira, quando o homem é uma conjugação dele mesmo, mais a sua vida, as suas impressões prévias, a sua cultura prévia, enfim, todos os seus preconceitos vão influenciar e impregnar a sua interpretação. A natureza daquilo que se vai interpretar é a essência na perspectiva do intérprete e como a interpretação depende dos fatores supracitados. A própria essência pode ser discutida.

Toda experiência hermenêutica pressupõe uma inserção no processo de transmissão da tradição. Há um movimento antecipatório da compreensão, a pré-compreensão, que se configura como momento essencial do fenômeno hermenêutico e é impossível ao intérprete desprender-se do círculo da compreensão (GADAMER, 1997).

Não existe diferença entre a interpretação e a compreensão, porque compreender é sempre interpretar. Ele entende como processo unitário a compreensão, interpretação e aplicação. Assim, o trabalho do intérprete acontece a partir da fusão de horizontes porque compreender é sempre o processo de fusão dos horizontes presumivelmente dados por si mesmos. Compreender uma tradição sinaliza projetar um horizonte histórico que, por sua vez, ocasiona um novo horizonte presente. Um texto histórico somente torna-se interpretável a partir da historicidade do intérprete (GADAMER, 1997).

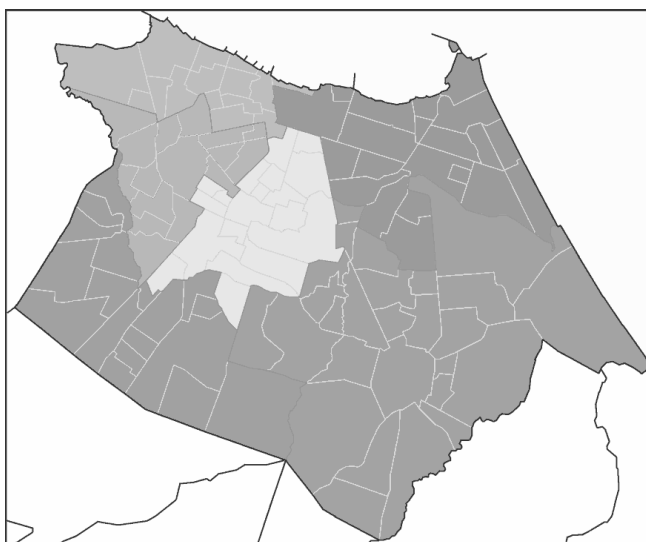
Quanto à realização desta fusão de horizontes, Gadamer (1997) a denomina de “tarefa da consciência da história efetual” que é, em primeiro lugar, a consciência de uma situação hermenêutica, ou seja, de uma situação em que as pessoas se encontram em face da tradição que querem compreender.

4.2 A PESQUISA

4.2.1 Cenários da pesquisa

Os cenários da pesquisa foram locais que realizam, em suas atividades cotidianas, o planejamento e tomadas de decisão acerca do setor saúde no município de Fortaleza – CE (Figura 1).

Figura 1 – Município de Fortaleza



Fonte: Google Imagens (2018).

a) Conselho Municipal de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza é um órgão colegiado, consultivo, fiscalizador e permanente do SUS na esfera municipal de governo, integrante da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, com composição, organização e competências fixadas na Lei nº 8.142/90 (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2017c). Sua composição é paritária, ou seja, 50% de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de gestores, constituindo-se em um espaço democrático, onde todos os sujeitos relacionados à saúde se manifestam (BRASIL, 1990).

A principal característica dos Conselhos de Saúde é seu caráter deliberativo sobre a formulação das estratégias de atenção à saúde no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990).

b) Secretaria Municipal de Saúde.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) trabalha com a missão de formular e gerir Políticas Públicas para atender às necessidades de saúde da população no município de Fortaleza, assegurando os princípios do SUS, com uma visão de ser reconhecida pelo compromisso na busca da excelência na atenção à saúde e com valores como: competência, responsabilização, cooperação, transparência e humanização (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2017b).

A Rede Municipal de Saúde de Fortaleza oferece atendimentos na atenção primária, secundária e terciária, garantido por meio dos postos de saúde, das unidades de pronto atendimento (UPAs), dos hospitais, dos centros de atenção psicossocial (CAPS) e dos centros de especialidades odontológicas (CEOs). Além destas unidades, a SMS oferece também o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as farmácias populares e uma rede conveniada composta por clínicas e hospitais públicos, privados e filantrópicos que prestam serviços de consultas, exames e internações. Também estão sob a responsabilidade da SMS a vigilância epidemiológica (inclusive imunização de animais contra calazar e raiva), sanitária, ambiental e riscos biológicos (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2017b).

c) Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão.

A Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão é uma fusão das antigas secretarias de Administração (SAM) e de Planejamento e Orçamento (Sepa). Concentra as políticas e práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, além de aprimorar a

articulação das ações da gestão, seguindo uma diretriz já adotada pelos governos federal e estadual (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2017a). Este órgão é responsável ainda pela coordenação das políticas de todo município para gestão de pessoas, aquisições corporativas e logística, gestão do patrimônio de bens móveis e imóveis e ainda pela gestão corporativa de Tecnologia da Informação (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2017a).

A secretaria assume também, em articulação com o Instituto de Planejamento de Fortaleza (IPLANFOR), as políticas de planejamento, monitoramento e avaliação, o que inclui, entre outras atribuições, a elaboração dos instrumentos legais de planejamento Planos Plurianuais (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), além da coordenação do programa de Monitoramento das Ações e Projetos Prioritários de Fortaleza (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2017a).

4.2.2 Participantes da pesquisa

Os participantes da investigação foram integrantes do Conselho Municipal de Saúde (Quadro 1), Secretaria Municipal de Saúde e o secretário municipal de gestão, planejamento e orçamento (Quadro 2). Justifica-se a escolha por ser nesse campo em que ocorre o planejamento em saúde do município. Os critérios de inclusão foram os conselheiros que estavam presentes nos dias das reuniões e cursos e aceitaram participar da pesquisa.

Quadro 1 – Participantes da pesquisa

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	Quantidade
Integrantes nível médio	7
Integrantes nível superior	2
Total	9

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 2 – Participantes da pesquisa

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Quantidade
Secretária Municipal de Saúde	1
Secretário Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão	1
Total	2

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2.3 Estratégias e técnicas de coleta dos discursos

As técnicas utilizadas para apreensão dos discursos foram: a) Roda de conversa; b) Observação sistemática com roteiro c) Entrevistas semiestruturada e d) Documentos oficiais.

a) Roda de conversa

A Roda de Conversa permite a interação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa por ser uma espécie de entrevista de grupo. Isso não significa que se trata de um processo diretivo e fechado em que se alternam perguntas e respostas, mas uma discussão focada em tópicos específicos na qual os participantes são incentivados a emitirem opiniões sobre o tema de interesse (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Entende-se que as informações produzidas nesse contexto são de caráter qualitativo, pois as opiniões expressas nessas rodas de conversa são “falas” sobre determinados temas discutidos pelos participantes sem a preocupação com o estabelecimento de um consenso, podendo as opiniões convergirem ou divergirem, provocando o debate e a polêmica. Cabe ao mediador garantir a participação igualitária de todos, bem como atender aos critérios de estruturação da discussão (MELO; CRUZ, 2014).

b) Observação sistemática com roteiro

Observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado de seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações etc. Individualizam-se ou agrupam-se os fenômenos dentro de uma realidade que é indivisível, essencialmente para descobrir seus aspectos aparentes e mais profundos, até captar, se for possível, sua essência numa perspectiva, ao mesmo tempo, específica e ampla de contradições, dinamismos, relações, etc (TRIVIÑOS, 1987).

Na observação sistemática, sugere-se estruturar a técnica através de um roteiro preparado com antecedência, uma vez que este predetermina categorias de comportamento/fala (SOMEKH; JONES, 2015).

c) Entrevista semiestruturada

A entrevista é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas. É um modo de comunicação no qual

determinada informação é transmitida da pessoa A para a pessoa B (RICHARDSON *et al.*, 1999).

Para garantir a fidedignidade dos discursos, as entrevistas foram gravadas pela autora do estudo, realizadas em um ambiente privado e agendado um horário com cada participante durante o período de trabalho e, quando não foi possível realizá-las no local de trabalho, foram agendadas em outro momento.

d) Documentos oficiais

Os documentos oficiais publicados que serão utilizados são: 1) Plano Plurianual 2014-2017 (Anexo A) e 2) Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (Anexo B). Estes serviram como aporte para comparação entre as narrativas dos participantes e os textos oficiais.

No **primeiro momento**, houve a entrada no campo pela pesquisadora, que se utilizou da observação participante para reconhecer o campo, seus processos e atores. Participou como ouvinte de quatro reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde e uma reunião extraordinária. Após esse período, percebeu que sua pesquisa não poderia ser realizada nas reuniões, devido à demanda do Conselho e a extensão temporal das reuniões.

No **segundo momento**, participou dos cursos oferecidos aos Conselheiros, vendo neste momento o período ideal para realizar a pesquisa. Assim, ao final do curso a pesquisadora realizou a Roda de conversa (Apêndice A) com os integrantes do conselho, a fim de obter informações sobre como se dá o planejamento de saúde no município (ferramentas utilizadas, natureza do planejamento e estratégias para tomada de decisão), além de compreender qual o papel dos conselheiros nesse processo. Foi um momento de muita troca e interação entre conselheiros.

No **terceiro momento**, foram realizadas entrevistas com os secretários de saúde e o de gestão, planejamento e orçamento do município. Na entrevista, abordou os dados de identificação e questões norteadoras que contemplassem aos objetivos traçados (Apêndice C).

4.2.4 Questões éticas

A presente pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil (**número do parecer: 2.857.147**) e seguiu as normas estabelecidas na Resolução nº 466/2012 do

Conselho Nacional de Saúde que incorpora, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, referenciais da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros. Visa ainda assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Como complementação, seguirá também a Resolução 510/2016 (Anexo C) que versa sobre as Ciências Sociais.

O risco quanto à participação na pesquisa está relacionado ao constrangimento do participante caso não saiba responder algum dos questionamentos.

4.2.5 Análise

Primeira Etapa: Após a coleta de dados, a pesquisadora transcreveu o áudio da roda de conversa com os conselheiros de saúde e as entrevistas com os gestores.

Segunda Etapa: Os dados foram organizados no Software *Nvivo* (versão 10). Após inserir as transcrições e os documentos oficiais, realizou-se a leitura superficial dos textos e identificou frases e palavras mais citadas. Depois, houve uma segunda leitura de imersão no conteúdo e criação de *nós*. Os *nós* são termos ou palavras chaves que caracterizam trechos similares nas entrevistas.

Nessa etapa, criou-se quatro *nós*: 1. Planejamento em saúde; 2. Gestão em saúde; 3. Participação social; e 4. Conhecimento dos conselheiros. Cada *nó* contém trechos relevantes das falas dos entrevistados e dos documentos que está relacionada ao *nó* específico.

Terceira etapa: Nesta etapa, utilizou-se duas ferramentas do *software* para criação de duas figuras sínteses. A primeira ferramenta foi a nuvem de palavras, que relaciona as palavras através de sua frequência, possibilitando a identificação das palavras mais citadas pelos participantes e pelos documentos, obtendo uma visão geral dos temas mais importantes para eles.

A segunda ferramenta foi a análise de Cluster, que relaciona as palavras através das similaridades, ou seja, nos textos há uma identificação das palavras e suas proximidades de conteúdo.

Quarta etapa: análise e interpretação à luz da Hermenêutica de Gadamer, a fim de identificar os contextos e os sentidos, significados, e a articulação da síntese

dos discursos com as figuras e as temáticas produzidas pelo software. Sendo assim, surgiu duas categorias: **Planejamento e gestão em saúde** e **Tomada de decisão e controle social**.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

Dentro do ordenamento jurídico brasileiro, o Plano Plurianual é regido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 165, inciso I, que o considera instrumento normativo para que os entes municipais materializem o planejamento de seus programas e ações governamentais, de forma a fortalecer a integração entre as funções de planejamento e orçamento (BRASIL, 1988).

E como instrumento magno da gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) está o Plano Municipal de Saúde, instituído pela Lei Federal n.º 8.080, de setembro de 1990, e regulamentado pelo Decreto Presidencial n.º 7.508/2011 e pela Lei Complementar n.º 141/2012, que explicita os compromissos da gestão municipal para o setor da saúde num recorte temporal de quatro anos e reflete as necessidades de saúde da população (BRASIL, LEI 8.080).

No município de Fortaleza, sua elaboração partiu de uma análise sobre a situação da saúde do município, com identificação e priorização dos principais problemas, à fim de subsidiar o planejamento, operacionalização, monitoramento e avaliação das ações de saúde, considerando a diversidade e a magnitude territorial do município (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2014).

De acordo com os discursos dos participantes é possível compreender de que forma são elaborados esses documentos norteadores.

É uma atividade que a gente faz em conjunto com o IPLANFOR, que é o Instituto de Planejamento do Município... O IPLANFOR é quem faz o planejamento estratégico e nós pegamos esse planejamento estratégico e transformamos em instrumentos de planejamento: Plano Plurianual (PPA) e Lei Orçamentária Anual (LOA) (G).

Então, a gente tomou como base, quatro documentos principais, o Fortaleza 2040, o plano de governo do prefeito, o plano municipal de saúde, que já vinha e que foi uma continuidade e o planejamento estratégico da própria Secretaria, que já existia (G).

... primeiro, gente entendeu que precisava, unir vários atores, não só, é... os gestores, não só as lideranças formais. Então, a gente fez... um seminário internacional, ... trouxemos uma pessoa da Catalunha, na Espanha, e outro de Portugal, para que eles mostrassem pra gente como é que era o modelo deles... Trouxemos da Catalunha e de Portugal não por um acaso, porque eles têm um sistema universal, assim também como o nosso... Também tivemos uma participação importante do nosso controle social, os

Como palavras em destaque temos resultados e estratégicos, termos bastante utilizados pelos participantes para descrever esses processos:

...a primeira definição do nosso planejamento estratégico é que a gente está trabalhando com algumas diretrizes fundamentais, tá? A primeira é de gestão por resultado, o foco é o resultado. A segunda é a que a gente trabalha com equilíbrio fiscal, gestão fiscal robusta. Então, é... e a terceira coisa que nós trabalhamos com inovação. Então, essas são três linhas básicas do nosso planejamento estratégico. Bem... então como é que a gente começa a construir isso, tá? A gente começa... logicamente que a gente parte de uma situação atual, um diagnóstico do município, e define o que é que tem no município que a gente quer mudar, que realidades têm que a gente quer mudar (G).

Então, esses indicadores que a gente constrói com base na realidade existente, e a gente define o que é que quer transformar, eles passam a ser a referência estratégica. Então, os programas e as ações que vão ser montadas em cada setor, têm que estar direcionadas para esses resultados estratégicos (G).

A gente tem um comitê gestor, que se chama COGEFOR, comitê de gestão fiscal e gestão por resultado, que é o Secretário de Planejamento, Secretário de Finanças, Secretário de Governo, Presidente do IPLANFOR, que é o Instituto de Planejamento, a Controladoria e a Procuradoria (G).

A estratégia de Gestão por Resultados ganha relevo na Administração Pública, sendo amplamente difundida a partir do final da década de 1990, como parte da agenda de reforma do setor público (também conhecida como Nova Gestão Pública) em alguns países como o Canadá (BESTER, 2012).

A Gestão por Resultados consiste em uma estratégia para que a organização molde sua estrutura e os seus processos tendo como referência aqueles resultados definidos no planejamento (SERRA, 2007).

O modelo proposto para a gestão do SUS se apoia na ideia do trabalho em equipe e em colegiados que garantam que o poder seja de fato compartilhado por meio de diagnósticos, análises, avaliações e decisões construídas coletivamente pelos gestores, trabalhadores da saúde e usuários do sistema de saúde. As necessidades e demandas dos diversos grupos sociais devem ser compreendidas à luz da própria realidade destes grupos, com indicações acerca de seus valores, hábitos, condições sociais e especificidades do seu processo de adoecimento/sofrimento, bem como de suas idealizações acerca do que seja saúde e os fatores associados àquilo que estes mesmos grupos entendem por bem-viver (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).

Para Merhy (1995) não há um método único capaz de decifrar e operar a gestão, as diferentes vivências dos sujeitos que se ocupam da gestão tornam desafiadora a tarefa de definir objetivos e metas gerais que estabeleçam aonde se quer chegar e como. Aponta distintas correntes de planejamento e indica que a execução de tarefas não pode estar descolada de um planejamento. Isto pode ser visto nos seguintes discursos:

...nós coordenamos o processo, mas quem faz o seu planejamento é cada um, cada órgão faz o seu planejamento, baseado nas diretrizes do planejamento estratégico (G).

...o ato de planejar ele é dinâmico, a gente não tem como planejar aqui e ser uma coisa estática. O planejamento, o acompanhamento, ele deve ser dinâmico, a gente não pode chegar numa gestão, é... esquecer tudo que a gestão anterior tinha planejado, quer dizer, num sistema de saúde dessa magnitude, isso seria um dano grande à população (G).

Apesar dos discursos e dos documentos oficiais mencionarem a participação social, através do conselho de saúde, nesse processo de elaboração dos documentos e participação do planejamento, nenhuma fala dos conselheiros contemplou a categoria, incitando questionamentos da real participação deles neste processo. Se por um lado fica a dúvida da participação, por outro será mesmo que eles sabem o que consiste esse processo?

5.2 TOMADA DE DECISÃO E CONTROLE SOCIAL

Com a análise no Nvivo software elaborou-se uma nuvem de palavras que sintetizam o processo de tomada de decisão pelos gestores e como o controle social está envolvido nesse processo, representada a seguir:

Figura 3 - Nuvem de palavras do controle social



Fonte: NVivo¹⁰.

Os gestores citam a participação do Conselho de Saúde e outras Secretarias para a construção do planejamento e tomada de decisão acerca da saúde, como representado nas falas:

...a gente tem o plano municipal de saúde, que deve ser elaborado, né, por muitas cabeças, todos os atores envolvidos e que passa pelo aval do controle social (G).

...as prioridades foram fundamentadas em escutas à população e os indicadores que a gente já tinha de necessidade de transformação (G).

...importante a participação de técnicos e secretários de outras secretarias do município, tanto no seminário internacional, como nas oficinas. Porque a gente têm algumas ações, que elas são intersectoriais, então a gente fez questão, é... de convidar... por exemplo, o combate às arboviroses, é humanamente impossível a saúde dar conta de combater o vetor sozinho, então a gente teve uma participação muito interessante da Secretaria de Educação, das Secretarias Regionais, então nós, a juventude, então a gente chamou várias secretarias pra participar das oficinas do nosso planejamento (G).

Então, nós pegamos isso... a gente tem um indicador que é redução da mortalidade... Quais são os setores e órgãos envolvidos com esse indicador? Porque às vezes não é só um setor, tá? Nós juntamos, entregamos e cada um vai propor as suas ações para chegar, para contribuir com aquele objetivo. Redução dos acidentes de trânsito, redução do atendimento... da hospitalização em acidente de trânsito no IJF. Aí, entra a AMC, entra a Conservação, entra a saúde, entra tudo, tá? Então, para cada... e a gente constrói as ações em cima dos indicadores de resultados (G).

Uma das grandes conquistas introduzidas pela Constituição Federal de 1988 e incorporada pelo Sistema Único de Saúde foi a participação popular nas políticas de saúde no Brasil, por meio dos conselhos de saúde (BRASIL, 2005). Os conselhos podem ser instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços de decisões/ações do poder público, impulsionando a constituição de esferas públicas democráticas e sendo potenciais capacitores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos e de interlocução ético-política com o Estado (SALIBA, 2009).

Entretanto, apesar dos discursos dos gestores mencionarem a participação do controle social, através dos Conselheiros de Saúde, isso não condiz com o discurso dos conselheiros. Como pode-se ver nas seguintes frases:

... estória de cogestão, dificilmente ela tá sendo respeitada. É gestão lá em cima e Conselho aqui embaixo... (C.S).

...Nós não trabalhamos com planejamento... maior parte de todo esse planejamento já vem pronta (C.S).

É o controle social, né, em geral, no caso, aqui, da saúde. Então, enquanto conselheiros, o que é que a gente faz, né, nós conselheiros. A gente acolhe as demandas, não só dos usuários, porque foi citado muito o usuário aqui, o profissional também tem demanda, não é só o usuário, né? Porque o serviço é o todo, é gestão, usuário e profissional. Claro que o usuário é o que mais necessita, né, de melhorias, de tudo, mas o profissional também está conjunto. Então, assim, a gente acolhe as demandas, né, do usuário, do serviço, em geral, e leva para uma plenária, "pras" reuniões que é feita, ordinária, né, mensalmente, e às vezes têm as extraordinárias, quando tem algum ritual, alguma coisa assim, e é discutido e encaminhado, levado pra frente, né? E assim é feito o controle social, dessa forma, né? Não é uma coisa de planejar assim no sentido como o orçamento, como ela explicou, é uma coisa rotineira, né, de momento. Todo dia tem uma coisa diferente (C.S).

A complexidade dos assuntos discutidos, em particular os financeiros, sobre os quais as pessoas legais não possuem conhecimento, tem levado a diversas iniciativas de capacitação de conselheiros que, junto com uma espécie de "profissionalização" dos representantes dos usuários, possibilitada pela excessiva eleição ou indicação dos mesmos indivíduos, têm permitido a aquisição de alguma familiaridade com as matérias relativas a políticas, programas, ações e serviços de saúde (LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

Neste contexto, é levantada a questão do preparo dos conselheiros para assumirem tal cargo. Muitos relatam que não tem conhecimento suficiente para estar nesta posição.

...a questão mais difícil que a gente encontra, é essa questão da profundidade do conhecimento e a pressão que vem para que a gente possa avaliar isso (C.S).

Não fizeram palestra de controle social, não ensinaram os conselheiros a realmente optarem para estar conselheiros (C.S).

...disseram que estava havendo vaga para conselheiro, botei meu nome, houve as eleições. "Ora, fique aqui, vamos nos consultar aqui, você vai falar e vão votar em você..." (C.S).

Vale ressaltar que, segundo a Lei nº 8.142/90, os Conselhos de Saúde "atuam na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros". Todavia, na prática, os conselheiros não participam das decisões sobre alocação de recursos da saúde. Para a concretização do controle social, torna-se indispensável a organização e o acesso às decisões, como forma de garantir a participação nas decisões do Estado, sobretudo no que tange ao financiamento da saúde. Logo, o controle social emerge como efeito da participação, na medida em que esta se caracteriza pela organização e pelo acesso às decisões (COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009)

Evidencia-se nas falas dos conselheiros que eles não se sentem preparados para decidir, e até mesmo discutir certos assuntos. Percebe-se também que não compreendem as etapas do planejamento. Quando eles (C.S) citam que acolhem a demanda da população e profissionais no conselho local e repassam para o conselho regional, eles não compreendem que essa demanda irá para o conselho municipal e assim fará parte de um contexto de dados que lá na frente servirá de subsidio para a elaboração de estratégias de planejamento para a melhoria do setor saúde.

O que abre margens para mais questionamentos: quem são os culpados para o despreparo/desconhecimento dos conselheiros? Como é o processo de escolha dos conselheiros? Há capacitação?

Com relação as tomadas de decisão, depende da dimensão do problema a ser resolvido. Cada setor e cada ator tem um papel no processo decisório, sendo exemplificado nas seguintes falas:

E esse comitê acompanha toda a gestão de resultados e gestão fiscal, receita, despesa, semanalmente. Então, esse comitê é o centro das decisões. Logicamente, acompanhado pelo prefeito, recebendo diretrizes ou dando sugestões de decisão ao prefeito (G).

...logicamente que a principal instância de decisão é o COGEFOR, esse comitê gestor, sob a coordenação do prefeito, sempre, né? Abaixo disso, quem faz aquelas decisões se transformarem em realidade é a SEPOG, liderando os órgãos. Então, a Secretaria de Planejamento, ela tem poder de decisão para fazer cumprir as diretrizes que estão emanadas do prefeito e do COGEFOR (G).

Tem que lembrar sempre que conselho é tomada de decisão em conjunto (C.S).

Segundo Pinheiro e colaboradores (2016) torna-se necessária uma agenda concreta da gestão da saúde que deflagre processos de incentivo à participação social. O empoderamento a partir de informações de saúde para a apropriação crítica pelos diversos atores é essencial para a construção do conhecimento e consequentemente para a formulação de estratégias de enfrentamento dos problemas e para nortear a tomada de decisão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados da pesquisa revelam a importância de aprofundamento na temática do planejamento, bem como o papel do Conselho de Saúde no processo decisório.

Um ponto muito citado é a falta de conhecimento dos conselheiros sobre seu papel no CMS, sobre as fontes de onde provêm as verbas que financiam o SUS, dentre outros. Conduzindo, então, esse papel de forma empírica, sem nenhum respaldo para subsidiar suas ações.

Tudo isso limita a eficiência da atuação dos conselheiros, levando a comportamentos de conformismo em substituição às práticas participação e controle social. Sendo cada vez mais necessário socializar as informações sobre os conselhos junto à sociedade, buscando reverter essa situação.

Contudo, é importante ressaltar a necessidade de ampliar o processo de empoderamento dos diferentes atores para fortalecer o exercício do controle social, buscando conscientizar os Conselheiros de Saúde sobre sua função de representação social, e ainda promover o reconhecimento do conselho como espaço de manifestações de interesses plurais em busca do benefício de toda sociedade.

Neste contexto, há necessidade contínua de cursos de capacitação e de educação continuada para os conselheiros, de modo que estes possam exercer o controle social e participar ativamente na gestão das políticas públicas de saúde.

Além disso, evidenciou a ausência de autonomia para tomadas de decisão. As decisões são obrigadas a seguir uma hierarquia fortemente marcada pelas estruturas instituídas. Essa questão se torna um desafio importante no sentido de descentralizar a tomada de decisão, haja vista a necessidade de autonomia para a definição de ações prioritárias no âmbito das ações de saúde de cada população e das necessidades de cada profissional.

Ademais, o planejamento no município ainda é muito teórico, faltando completar o ciclo com avaliações periódicas para embasar as tomadas de decisões e o replanejamento das ações para a melhoria da situação de saúde.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. L. A pesquisa em saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 354-355, fev. 2003.

BARROS, Márcia Maria Mont' Alverne de. **Prática de Saúde Mental em Sobral – Ce: o discurso do sujeito coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares**. Fortaleza: Edições UECE, 2008.

BATTESINI, Marcelo; FISCHMANN, Airtton; WEISE, Andreas Dittmar. Identificação de prioridades em saúde: uma alternativa técnica de apoio à tomada de decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3673-3682, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a23v18n12.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto de Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 249, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 382.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Diretrizes operacionais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 245, 30 dez. 2010. Seção 1, p. 894.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 235, 23 dez. 2010. Seção 1, p. 463.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva, organização e funcionamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BEDIN, Dulce Maria *et al.* Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1397-1407, dez. 2014.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 705-711, mar. 2006.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-438, fev. 2009.

CUNHA, Penha F.; MAGAJEWSKI, Flávio. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 71-79, maio 2012.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método**. Petrópolis: Vozes, 1997.

GIOVANELLA, Lígia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, mar. 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n1/v7n1a04.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2017.

LACERDA, Josimari Telino *et al.* Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-859, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a08.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

LANA, Francisco Carlos Félix; GOMES, Elizabeth Laus Ribas. Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 97-110, jan. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n1/v4n1a09.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

LINDBLOM, C. E. **O processo de decisão política**. Brasília: Editora UNB, 1981.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, set. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072006000300017>>. Acesso em: 20 set. 2018.

MELO, M. C. H. de; CRUZ, G. C. Roda de conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no Ensino Médio. **Imagens da Educação**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 31-39, jun. 2014.

MEHRY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento de saúde no Brasil. In: GALLO, E. **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1995. cap. 9, p. 117-149.

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 551-579, jul. 2008.

MORAES, Ronei Marcos de; SOARES, Rackynelly Alves Sarmento. Modelos de decisão aplicados à Saúde: teoria e prática. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 07-18, jul. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i2.1890>>. Acesso em: 15 set. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 73-78, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

PINHEIRO, Alba Lúcia Santos *et al.* Gestão da Saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de construção à tomada de decisão. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 59-64, mar. 2016.

PREFEITURA DE FORTALEZA. **Sepog**: Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão. Fortaleza: [s.n.], 2017a. Disponível em: <<https://www.fortaleza.ce.gov.br/institucional/a-secretaria-324>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

_____. **SMS**: Secretaria Municipal de Saúde. 2017b. Disponível em: <<https://www.fortaleza.ce.gov.br/institucional/a-secretaria-327>>. Acesso em: 21 set. 2017.

_____. **Sobre o Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza**. Fortaleza: [s.n.], 2017c. Disponível em: <<http://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/>>. Acesso em: 21 set. 2017.

_____. Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. **Plano municipal de saúde (2014-2017)**. Fortaleza: [s.n.], 2014.

RICHARDSON, Roberto Jarry *et al.* **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. **Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propósitos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

_____. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, maio 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a02.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

SALIBA, Nemre Adas *et al.* Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, dez. 2009.

SERRA, A. **Modelo Abierto de Gestión para Resultados en el Sector Público**. Santiago: Banco Interamericano de Desarrollo - Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, 2007.

SILVA, Jair Magalhães da; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. **Planejamento em saúde: a dialética entre teoria e prática**. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2011.

SOMEKH, Bridget; JONES, Liz. Observação. In: SOMEKH, Bridget; LEWIN, Cathy. **Teoria e métodos de pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2015. cap 5, p. 45-63.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jan. 2006.

SOUZA, Rândson Soares de. **Os armadores, os punhos e o tecido vivo do planejamento da Rede de Atenção Psicossocial: desafios políticos-institucionais e perspectivas tecnoassistenciais em saúde e enfermagem**. 2013. 150 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: <<http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/RANDSONSOARES.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

TESTA, Mario. **Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1995.

_____. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEIXEIRA, Carmen Fontes *et al.* Produção científica sobre política, planejamento e gestão em saúde no campo da saúde coletiva: visão panorâmica. In: ALMEIDA FILHO, Naomar; PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. cap 4, p. 81-98.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 336-350, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n2/a08v21n2.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1565-1577, out. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro roda de conversa com conselheiros da saúde

1. Fale sobre o planejamento realizado por vocês aqui?
2. Quais ferramentas utilizadas para a tomada de decisão?

APÊNDICE B – Roteiro de observação

1. Observar expressões faciais e corporais dos participantes quando falam.
2. Observar expressões faciais e corporais dos participantes quando os outros participantes falam.
3. Observar o campo empírico onde ocorre o planejamento

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista

Dados de Identificação

Nome:

Cargo que ocupa:

Quanto tempo está no cargo:

Questões norteadoras:

1. Fale sobre o planejamento realizado por vocês aqui?
2. Quais ferramentas utilizadas para a tomada de decisão?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para integrantes de nível superior do Conselho Municipal de Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE”.

O objetivo deste estudo consiste em analisar a produção do planejamento na perspectiva da integração entre a Rede de Atenção Psicossocial e Atenção Primária à Saúde.

Caso você autorize, você irá: participar de uma roda de conversa com os outros integrantes do Conselho Municipal de Saúde.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. Há riscos quanto a sua participação sendo esse de constrangimento por não saber responder os questionamentos. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador.

Você não receberá remuneração pela participação. Em estudos parecidos com esse, os participantes e a sua participação podem contribuir para a ampliação do conhecimento acerca do assunto. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, e-mail cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que

foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza – CE _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Ana Carolina Andrade de Oliveira
Telefone: (85) 98842-2209
Universidade Estadual do Ceará – UECE

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para integrantes de nível médio do Conselho Municipal de Saúde

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE”.

O objetivo deste estudo consiste em analisar a produção do planejamento na perspectiva da integração entre a Rede de Atenção Psicossocial e Atenção Primária à Saúde.

Caso você autorize, você irá: participar de uma roda de conversa com os outros integrantes do Conselho Municipal de Saúde.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. Há riscos quanto a sua participação sendo esse de constrangimento por não saber responder os questionamentos. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador.

Você não receberá remuneração pela participação. Em estudos parecidos com esse, os participantes e a sua participação podem contribuir para a ampliação do conhecimento acerca do assunto. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito

do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza – CE _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Ana Carolina Andrade de Oliveira

Telefone: (85) 98842-2209

Universidade Estadual do Ceará - UECE

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para gestores

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE”.

O objetivo deste estudo consiste em analisar a produção do planejamento na perspectiva da integração entre a Rede de Atenção Psicossocial e Atenção Primária à Saúde.

Caso você autorize, você irá: participar de uma entrevista individual.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. Há riscos quanto a sua participação sendo esse de constrangimento por não saber responder os questionamentos. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador.

Você não receberá remuneração pela participação. Em estudos parecidos com esse, os participantes e a sua participação podem contribuir para a ampliação do conhecimento acerca do assunto. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito

do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza – CE _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Ana Carolina Andrade de Oliveira

Telefone: (85) 98842-2209

Universidade Estadual do Ceará – UECE

ANEXOS

ANEXO A – PPA 2014-2017 - Lei N.º 10.095, de 27 de Setembro de 2013
Suplemento do DOM ao N.º 15.136, de 09/10/2013

LEI N º 10.09, De 27 de setembro de 2013

Dispõe sobre o Plano Plurianual (PPA) de Governo do Município de Fortaleza, para o quadriênio 2014/2017.

FAÇO SABER QUE A CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA APROVOU E EU SANCIONO A SEGUINTE LEI:

Art. 1º. Esta Lei institui o Plano Plurianual do Município de Fortaleza, para o quadriênio 2014- 2017, em cumprimento ao disposto no art. 165, § 1º, da Constituição Federal, e o art. 144, inciso I, da Lei Orgânica do Município, na forma do anexo desta Lei.

Art. 2º. O Plano Plurianual 2014-2017 foi elaborado tomando por referências diretrizes norteadoras, estabelecidas para a ação do Governo Municipal, dispostas em 3 (três) eixos que congregam programas e ações, concebidos visando o alcance dos resultados e objetivos estratégicos a seguir estabelecidos:

EIXO I: Melhoria da Qualidade de Vida e Justiça Social Resultado Estratégico I. 1: Fortaleza Saudável

Objetivo Estratégico 1.1: Propiciar atenção integral à saúde, com melhoria na qualidade dos serviços.

Objetivo Estratégico 1.2: Proporcionar ambiente saudável, por meio da oferta ampla e diversificada de esporte e lazer.

Resultado Estratégico I.2: Fortaleza do Conhecimento

Objetivo Estratégico 2.1: Ampliar, com ações de reestruturação e inovação, o acesso, a permanência e a aprendizagem na rede educacional.

Objetivo Estratégico 2.2: Valorizar os bens culturais locais e democratizar o acesso da população a esses bens

Resultado Estratégico I.3: Fortaleza Segura, Inclusiva e Justa

Objetivo Estratégico 3.1: Promover a segurança preventiva e pacífica aos cidadãos

Objetivo Estratégico 3.2: Minimizar o impacto dos desastres naturais, humanos e mistos e erradicar as áreas de risco

Objetivo Estratégico 3.3: Assegurar o exercício dos direitos de cidadania e apoiar a inclusão social e produtiva

Resultado Estratégico I.4: Fortaleza da Juventude.

Objetivo Estratégico 4.1: Prover atenção integral à juventude, com ênfase na inserção cultural, intelectual, social e econômica

Objetivo Estratégico 4.2: Promover cuidados a jovens em situação de riscos e vulnerabilidades.

Objetivo Estratégico 4.3: Apoiar a presença dos jovens como protagonistas em questões culturais, sociais e econômicas, relativas à dinâmica dos bairros e da cidade, fortalecendo o desenvolvimento ativo da cidadania.

Resultado Estratégico I.5: Fortaleza da Mobilidade e da Acessibilidade

Objetivo Estratégico 5.1: Oferecer maior mobilidade e acessibilidade com qualidade e segurança

Objetivo Estratégico 5.2: Priorizar, qualificar e democratizar o acesso ao transporte público em Fortaleza

EIXO II: Crescimento Sustentável

Resultado Estratégico II.6: Fortaleza Produtiva e Inovadora

Objetivo Estratégico 6.1: Aumentar a geração de emprego e renda

Objetivo Estratégico 6.2: Promover o crescimento econômico sustentável, com soluções produtivas, criativas e inovadoras

Resultado Estratégico II.7: Fortaleza Sustentável

Objetivo Estratégico 7.1: Assegurar o efetivo controle e ordenamento urbano e ambiental, a função social da propriedade e a qualidade de vida da comunidade

Objetivo Estratégico 7.2: Preservar e conservar o patrimônio natural e cultural

EIXO III: Gestão Transparente, Participativa e Transformadora Resultado Estratégico III.8: Fortaleza Planejada e Participativa

Objetivo Estratégico 8.1: Implantar a cultura do planejamento e gestão participativa para resultados, com mecanismos de observatórios e práticas de controle social

Art. 3º. Os programas e ações deste Plano Plurianual serão observados nas leis de diretrizes orçamentárias, nas leis orçamentárias anuais e nas leis que as modifiquem.

Art. 4º. O valor global dos Programas, as Metas e os enunciados dos Objetivos não constituem limites à programação e à execução das despesas expressas nas leis orçamentárias e nas leis que as modifiquem.

Art. 5º. O Plano Plurianual incorpora automaticamente as alterações estabelecidas pelas Leis Orçamentárias Anuais aprovadas pela Câmara Municipal e suas alterações, devendo a Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão (SEPOG) proceder aos ajustes necessários para fins de alinhamento dos instrumentos de planejamento.

Art. 6º. A exclusão ou a alteração de programas constantes desta Lei ou a inclusão de um novo programa serão propostas pelo Poder Executivo, por meio de projeto de lei específico.

Art. 7º. O Poder Executivo Municipal fica autorizado a:

- I – alterar o órgão responsável por programas e ações;
- II – alterar os indicadores dos programas e seus respectivos índices;
- III – adequar a meta física de ação orçamentária para compatibilizá-la com alterações no seu valor, produto, ou unidade de medida, efetivadas pelas leis orçamentárias anuais e seus créditos adicionais ou por leis que alterem o Plano Plurianual.

Art. 8º. O Plano Plurianual será acompanhado e monitorado sistematicamente para averiguação do cumprimento dos objetivos, metas e ações dos principais programas de governo, sob a coordenação da SEPOG.

Parágrafo único. Caberá à SEPOG, como coordenadora do Planejamento Municipal, definir os prazos, as diretrizes e as orientações técnicas para o monitoramento dos programas especificados no caput junto aos órgãos e entidades de Governo.

Art. 9º. Os órgãos do Poder Executivo responsável pela condução dos programas deverão manter atualizados, durante cada exercício financeiro, na forma estabelecida pela SEPOG, as informações referentes à execução física das ações orçamentárias constantes dos programas sob sua responsabilidade.

Art. 10. A Prefeitura Municipal poderá formular revisões do PPA durante sua execução, devendo submetê-las à aprovação da Câmara Municipal, a exceção quando se tratar dos itens estabelecidos no Art. 7º.

Parágrafo único. A SEPOG disponibilizará no seu sítio na internet as versões revisadas do PPA.

Art. 11º. O Poder Executivo enviará à Câmara de Vereadores, até o dia 30 de abril de 2016 e 30 de abril de 2018, relatório de avaliação do Plano Plurianual, respectivamente aos biênios 2014- 2015 e 2016-2017.

§1º Caberá ao Instituto de Planejamento de Fortaleza (IPLANFOR) a coordenação e a elaboração do relatório de avaliação do Plano Plurianual correspondente aos biênios definidos no caput desse artigo, inclusive do conjunto das políticas setoriais e do mapa estratégico do Governo.

§2º O relatório a que se refere o caput deste artigo conterá no mínimo:

I – avaliação do comportamento das variáveis macroeconômicas que embasaram a elaboração do Plano, explicando, se forem o caso, as razões das diferenças verificadas entre os valores previstos e observados;

II – demonstrativo, por programa, da execução física e financeira do exercício anterior e a acumulada;

III – acompanhamento da evolução dos indicadores de resultados;

IV – avaliação, por programa, da possibilidade de alcance do índice final previsto para cada indicador e de cumprimento das metas físicas e da previsão de custos para cada ação, relacionando, se for o caso, as medidas corretivas necessárias.

Art. 12. O Poder Executivo promoverá a participação da sociedade no acompanhamento e avaliação do Plano Plurianual de que trata esta Lei.

Art. 13. O Poder Executivo divulgará, pela Internet, pelo menos 1(uma) vez em cada um dos anos subseqüentes à aprovação do referido Plano, em função de alterações ocorridas:

I – texto atualizado da Lei do Plano Plurianual;

II – anexos atualizados dos Programas e respectivas ações.

Art.14. O Plano Plurianual, objeto da presente Lei, incorpora automaticamente as alterações estabelecidas pela Lei Orçamentária de 2014, devendo a Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão (SEPOG), proceder aos reajustes necessários para fins de alinhamento dos 2(dois) instrumentos.”

Art. 15. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Paço Municipal da Prefeitura de Fortaleza, em 27 de setembro de 2013.

Roberto Cláudio Rodrigues Bezerra Prefeito Municipal de Fortaleza

ANEXO B – Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014 – 2017

APRESENTAÇÃO

Apresentamos à população de Fortaleza e aos trabalhadores da luta cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS), o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017. Instrumento que sintetiza as intenções e resultados a serem alcançados durante a atual gestão, expressos nas políticas e compromissos de saúde na esfera municipal.

Sua elaboração partiu de uma análise sobre a situação da saúde do município de Fortaleza, com identificação e priorização dos principais problemas, à fim de subsidiar o planejamento, operacionalização, monitoramento e avaliação das ações de saúde, considerando a diversidade e a magnitude territorial do Município.

Esperamos que este plano contribua significativamente para construirmos juntos políticas públicas que melhorem as condições de vida e saúde da população fortalezense.

O Plano Municipal de Saúde do município de Fortaleza (PMS) 2014-2017, como instrumento magno da gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei Federal n.º 8.080, de setembro de 1990, e regulamentado pelo Decreto Presidencial n.º 7.508/2011 e pela Lei Complementar n.º 141/2012, explicita os compromissos da gestão municipal para o setor da saúde num recorte temporal de quatro anos e reflete as necessidades de saúde da população, conforme preconiza a Portaria GM-MS nº 2.135/2013.

A produção deste documento tomou como referência o processo de construção com os atores sociais dos territórios regionais, cujos eixos estruturantes são a qualificação das práticas de gestão e do cuidado em saúde, ancorado na perspectiva das redes temáticas de atenção, fundamentadas na portaria nº 4.279/2010.

O processo se deu por meio de um conjunto de oficinas regionais focadas na problematização da situação de saúde articulada com o enfrentamento de desafios, envolvendo gestores, profissionais e conselheiros de saúde, num processo participativo, com a finalidade de capilarizar o território.

Salientamos a importância das combinações dialogadas com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde 2012-2015, do projeto de Governo 2013-2016, com o Plano

Plurianual (PPA), com o Mapa Estratégico da Secretaria Municipal da Saúde, o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, Painel de Bordo e com as proposições da 6ª Conferência Municipal de Saúde de 2011, que subsidiaram a definição de diretrizes da gestão municipal de saúde para o período de implementação do plano.

Inicialmente, são apresentadas neste documento, a trajetória de construção e a análise situacional da situação da saúde do município de Fortaleza. Destacamos ainda, a previsão de investimentos para a expansão e melhoria da infraestrutura da rede, visando à ampliação do acesso, bem como uma síntese do processo de monitoramento e avaliação proposto para seu acompanhamento.

Fortaleza é a quinta capital do País em população, contando com 2.551.805 habitantes no ano de 2013. Entre as cidades do Brasil, Fortaleza é a segunda mais desigual, atrás apenas de Goiânia e a quinta cidade mais desigual do mundo com a pior distribuição de renda entre as cidades da América Latina em relatório sobre as cidades latinoamericanas feito pelo Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (*State of the World Cities 2010/2011: Bridging the Urban Divide*).

Um total de 7% da população de Fortaleza que vive nos dez bairros mais ricos, se apropria de 26 % da renda pessoal total da cidade, enquanto que os 44 bairros de menor renda, que juntos somam quase metade da população de Fortaleza – 49% – respondem pelos mesmos 26 por cento da renda. É o que revela estudo do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE (Informe nº42 Outubro 2012).

O estudo do IPECE, que utilizou dados do Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mapeou 119 bairros em cinco grupos, com intervalos de R\$ 499,99. O Meireles, bairro que concentra uma população de classe A, tem uma renda média 15,3 vezes (R\$ 3.659,54) maior que a do Conjunto Palmeiras (R\$ 239,25), que ocupa o último lugar (119ª colocação).

O trabalho do IPECE identificou a existência de uma forte concentração espacial da renda média pessoal de Fortaleza. Essa elevada dificuldade pode ocasionar, dentre outros problemas, a potencialização de tensões sociais, culminando com o aumento da violência, assim como maiores transtornos de mobilidade urbana,

já que é natural, nesses casos, o movimento de pessoas de bairros muitos pobres para bairros de nível de renda mais elevado em busca de emprego, renda e serviços.

Um dado que agrava a situação de desigualdade extrema em Fortaleza é que a capital cearense é também a cidade mais densamente povoada do País. Fortaleza chegou a essa condição essencialmente por conta do processo migratório do homem do campo para a Capital, iniciado nos anos 1960. Como o Ceará não desenvolveu cidades de grande porte que dividissem a população migratória, o emaranhado de gente concentrou-se em Fortaleza. Ao passo que a cidade recebia novos habitantes, as administrações não deram conta de adequar os serviços ao crescimento desordenado da metrópole e da aglomeração.

Salta assim aos olhos, os níveis de iniquidade e é neste cenário onde eclode uma das mais injustas situações vividas pelas populações dos bairros periféricos que é o acesso a serviços de saúde, uma vez que 82% da população é usuária direta do SUS. O município de Fortaleza vem apresentando modificações no padrão demográfico e no perfil de morbimortalidade, e mostrando em sua estrutura etária redução na proporção de crianças e adultos jovens e consequente aumento na proporção de idosos e sua maior expectativa de vida.

Considerando este cenário e os desafios postos pela nova gestão, a Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza tem na condução do sistema de saúde a tarefa de viabilizar a atenção em redes que garanta a gestão do cuidado na interface da Atenção Primária com os pontos de atenção secundários e terciários, sobretudo para os extratos sociais mais vulnerabilizados de nossa Cidade e se compromete a atuar com este novo olhar, à partir da construção do Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

Este por sua vez está alinhado ao Plano Plurianual (PPA) no eixo „*melhoria da qualidade de vida e justiça social*’. Este eixo versa sobre a melhoria da qualidade de vida do cidadão fortalezense e sustentabilidade social, compreendendo a melhoria da saúde, educação, cultura, inserção social e produtiva, mobilidade e acessibilidade, segurança, justiça, equidade, preservação dos direitos humanos e integração social. Um conceito, portanto amplo e intersetorial que convoca os mais distintos setores a uma ação mais vigorosa e focada.

O município de Fortaleza, a partir de 2013, comprometeu-se a estruturar, implementar e gerir a Política Municipal de Saúde, a partir das Redes de Atenção à

Saúde (Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010), compreendida como estratégia focada na superação da fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e no aperfeiçoamento do funcionamento político institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Fundamenta-se na compreensão da Atenção Primária à Saúde como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde sendo coordenadora das redes de atenção e ordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção, perseguindo a atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Quanto aos processos, foi pactuada a organização e a implementação das Redes Temáticas de Atenção: **Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha)** (Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011), **Rede de Atenção às Condições Crônicas** (Portaria nº 252 de 19 de fevereiro de 2013), **Rede de Atenção Psicossocial** (Portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011), **Rede de Atenção às Urgências e Emergências** (Portaria nº 1.600 de 07 de Julho de 2011), bem como o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e assistência farmacêutica. Outrossim, foi pautado o fortalecimento da Vigilância em Saúde, à partir da integração das vigilâncias (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental) e da Saúde do Trabalhador.

Feitas estas considerações, pontuamos que a atual conjuntura brasileira vem sendo impulsionada por políticas públicas inovadoras que combinam crescimento econômico com redução das desigualdades sociais, regionais e locais. Fortaleza se insere neste processo e essas políticas estão balizadas na retomada da capacidade dos governos de planejarem e agirem visando, sobretudo, garantir os direitos dos que se encontram em situação de vulnerabilidade e exclusão.

A estratégia de aprofundamento desse cenário de modernização requer um Estado indutor e promotor das mudanças e a área da saúde tem também esse protagonismo, à partir de políticas públicas construídas por meio do permanente diálogo social e do pacto federativo, pautado nos desafios de se buscar novas formas de atuação do Estado.

ANEXO C – Resolução nº 510, DE 07 de abril de 2016

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando que a ética é uma construção humana, portanto histórica, social e cultural;

Considerando que a ética em pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos;

Considerando que o agir ético do pesquisador demanda ação consciente e livre do participante;

Considerando que a pesquisa em ciências humanas e sociais exige respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes, devendo ser concebida, avaliada e realizada de modo a prever e evitar possíveis danos aos participantes;

Considerando que as Ciências Humanas e Sociais têm especificidades nas suas concepções e práticas de pesquisa, na medida em que nelas prevalece uma aceção pluralista de ciência da qual decorre a adoção de múltiplas perspectivas teórico-metodológicas, bem como lidam com atribuições de significado, práticas e representações, sem intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico;

Considerando que a relação pesquisador-participante se constrói continuamente no processo da pesquisa, podendo ser redefinida a qualquer momento no diálogo entre subjetividades, implicando reflexividade e construção de relações não hierárquicas;

Considerando os documentos que constituem os pilares do reconhecimento e da afirmação da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948 e a Declaração Interamericana de Direitos e Deveres Humanos, de 1948;

Considerando a existência do sistema dos Comitês de Ética em Pesquisa e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa;

Considerando que a Resolução 466/12, no artigo XIII.3, reconhece as especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas, dadas suas particularidades;

Considerando que a produção científica deve implicar benefícios atuais ou potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade digna de vida a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado; e

Considerando a importância de se construir um marco normativo claro, preciso e plenamente compreensível por todos os envolvidos nas atividades de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, resolve:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

I – pesquisa de opinião pública com participantes não identificados;

II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011;

III – pesquisa que utilize informações de domínio público; IV - pesquisa censitária;

IV – pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual; e

V – pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica;

VI – pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito; e

VII – atividade realizada com o intuito exclusivamente de educação, ensino ou treinamento sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, de curso técnico, ou de profissionais em especialização.

§ 1º Não se enquadram no inciso antecedente os Trabalhos de Conclusão de Curso, monografias e similares, devendo-se, nestes casos, apresentar o protocolo de pesquisa ao sistema CEP/CONEP;

§ 2º Caso, durante o planejamento ou a execução da atividade de educação, ensino ou treinamento surja a intenção de incorporação dos resultados dessas atividades em um projeto de pesquisa, dever-se-á, de forma obrigatória, apresentar o protocolo de pesquisa ao sistema CEP/CONEP.

Capítulo I

DOS TERMOS E DEFINIÇÕES

Art. 2º Para os fins desta Resolução, adotam-se os seguintes termos e definições:

I - assentimento livre e esclarecido: anuência do participante da pesquisa – criança, adolescente ou indivíduos impedidos de forma temporária ou não de consentir, na medida de sua compreensão e respeitadas suas singularidades, após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, justificativa, objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos. A obtenção do assentimento não elimina a necessidade do consentimento do responsável;

II - assistência ao participante da pesquisa: é aquela prestada para atender danos imateriais decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa;

III – benefícios: contribuições atuais ou potenciais da pesquisa para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade digna de vida, a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado;

IV – confidencialidade: é a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada;

V - consentimento livre e esclarecido: anuência do participante da pesquisa ou de seu representante legal, livre de simulação, fraude, erro ou intimidação, após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos;

VI – informações de acesso público: dados que podem ser utilizados na produção de pesquisa e na transmissão de conhecimento e que se encontram disponíveis sem restrição ao acesso dos pesquisadores e dos cidadãos em geral, não estando sujeitos a limitações relacionadas à privacidade, à segurança ou ao controle de acesso. Essas informações podem estar processadas, ou não, e contidas em

qualquer meio, suporte e formato produzido ou gerido por órgãos públicos ou privados;

VII - dano material: lesão que atinge o patrimônio do participante da pesquisa em virtude das características ou dos resultados do processo de pesquisa, impondo uma despesa pecuniária ou diminuindo suas receitas auferidas ou que poderiam ser auferidas; VIII - dano imaterial: lesão em direito ou bem da personalidade, tais como integridades física e psíquica, saúde, honra, imagem, e privacidade, ilicitamente produzida ao participante da pesquisa por características ou resultados do processo de pesquisa;

IX - discriminação: caracterização ou tratamento social de uma pessoa ou grupo de pessoas, com consequente violação da dignidade humana, dos direitos humanos e sociais e das liberdades fundamentais dessa pessoa ou grupo de pessoas;

X - esclarecimento: processo de apresentação clara e acessível da natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos, concebido na medida da compreensão do participante, a partir de suas características individuais, sociais, econômicas e culturais, e em razão das abordagens metodológicas aplicadas. Todos esses elementos determinam se o esclarecimento dar-se-á por documento escrito, por imagem ou de forma oral, registrada ou sem registro;

XI - estigmatização: atribuição de conteúdo negativo a uma ou mais características (estigma) de uma pessoa ou grupo de pessoas, com consequente violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais dessa pessoa ou grupo de pessoas;

XII - etapas preliminares de uma pesquisa: são assim consideradas as atividades que o pesquisador tem que desenvolver para averiguar as condições de possibilidade de realização da pesquisa, incluindo investigação documental e contatos diretos com possíveis participantes, sem sua identificação e sem o registro público e formal das informações assim obtidas; não devendo ser confundidas com “estudos exploratórios” ou com “pesquisas piloto”, que devem ser consideradas como projetos de pesquisas. Incluem-se nas etapas preliminares as visitas às comunidades, aos serviços, as conversas com liderança comunitárias, entre outros;

XIII - participante da pesquisa: indivíduo ou grupo, que não sendo membro da equipe de pesquisa, dela participa de forma esclarecida e voluntária, mediante a concessão de consentimento e também, quando couber, de assentimento, nas formas

descritas nesta resolução;

XIV – pesquisa de opinião pública: consulta verbal ou escrita de caráter pontual, realizada por meio de metodologia específica, através da qual o participante, é convidado a expressar sua preferência, avaliação ou o sentido que atribui a temas, atuação de pessoas e organizações, ou a produtos e serviços; sem possibilidade de identificação do participante;

XV - pesquisa encoberta: pesquisa conduzida sem que os participantes sejam informados sobre objetivos e procedimentos do estudo, e sem que seu consentimento seja obtido previamente ou durante a realização da pesquisa. A pesquisa encoberta somente se justifica em circunstâncias nas quais a informação sobre objetivos e procedimentos alteraria o comportamento alvo do estudo ou quando a utilização deste método se apresenta como única forma de condução do estudo, devendo ser explicitado ao CEP o procedimento a ser adotado pelo pesquisador com o participante, no que se refere aos riscos, comunicação ao participante e uso dos dados coletados, além do compromisso ou não com a confidencialidade. Sempre que se mostre factível, o consentimento dos participantes deverá ser buscado posteriormente;

XVI - pesquisa em ciências humanas e sociais: aquelas que se voltam para o conhecimento, compreensão das condições, existência, vivência e saberes das pessoas e dos grupos, em suas relações sociais, institucionais, seus valores culturais, suas ordenações históricas e políticas e suas formas de subjetividade e comunicação, de forma direta ou indireta, incluindo as modalidades de pesquisa que envolvam intervenção;

XVII - pesquisador responsável: pessoa com no mínimo título de tecnólogo, bacharel ou licenciatura, responsável pela coordenação e realização da pesquisa e pela integridade e bem estar dos participantes no processo de pesquisa. No caso de discentes de graduação que realizam pesquisas para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, a pesquisa será registrada no CEP, sob-responsabilidade do respectivo orientador do TCC;

XVIII - preconceito: valor negativo atribuído a uma pessoa ou grupo de pessoas, com consequente violação dos direitos civis e políticos e econômicos, sociais e culturais;

XIX - privacidade: direito do participante da pesquisa de manter o controle

sobre suas escolhas e informações pessoais e de resguardar sua intimidade, sua imagem e seus dados pessoais, sendo uma garantia de que essas escolhas de vida não sofrerão invasões indevidas, pelo controle público, estatal ou não estatal, e pela reprovação social a partir das características ou dos resultados da pesquisa;

XX - processo de consentimento e de assentimento: processo pautado na construção de relação de confiança entre pesquisador e participante da pesquisa, em conformidade com sua cultura e continuamente aberto ao diálogo e ao questionamento, não sendo o registro de sua obtenção necessariamente escrito;

XXI - protocolo de pesquisa: conjunto de documentos contemplando a folha de rosto e o projeto de pesquisa com a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais e as informações relativas ao participante da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e a todas as instâncias responsáveis. Aplica-se o disposto na norma operacional do CNS em vigor ou outra que venha a substituí-la, no que couber e quando não houver prejuízo no estabelecido nesta Resolução;

XXII - registro do consentimento ou do assentimento: documento em qualquer meio, formato ou mídia, como papel, áudio, filmagem, mídia eletrônica e digital, que registra a concessão de consentimento ou de assentimento livre e esclarecido, sendo a forma de registro escolhida a partir das características individuais, sociais, linguísticas, econômicas e culturais do participante da pesquisa e em razão das abordagens metodológicas aplicadas;

XXIII - relatório final: é aquele apresentado no encerramento da pesquisa, contendo todos os seus resultados;

XXIV - ressarcimento: compensação material dos gastos decorrentes da participação na pesquisa, ou seja, despesas do participante e seus acompanhantes, tais como transporte e alimentação;

XXV - risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente; e

XXVI - vulnerabilidade: situação na qual pessoa ou grupo de pessoas tenha reduzida a capacidade de tomar decisões e opor resistência na situação da pesquisa, em decorrência de fatores individuais, psicológicos, econômicos, culturais, sociais ou políticos.

Capítulo II

DOS PRINCÍPIOS ÉTICOS DAS PESQUISAS EM CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Art. 3º São princípios éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais:

I - reconhecimento da liberdade e autonomia de todos os envolvidos no processo de pesquisa, inclusive da liberdade científica e acadêmica;

II - defesa dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo nas relações que envolvem os processos de pesquisa;

III - respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos, bem como aos hábitos e costumes, dos participantes das pesquisas;

IV - empenho na ampliação e consolidação da democracia por meio da socialização da produção de conhecimento resultante da pesquisa, inclusive em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada;

V - recusa de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de indivíduos e grupos vulneráveis e discriminados e às diferenças dos processos de pesquisa;

VI - garantia de assentimento ou consentimento dos participantes das pesquisas, esclarecidos sobre seu sentido e implicações;

VII - garantia da confidencialidade das informações, da privacidade dos participantes e da proteção de sua identidade, inclusive do uso de sua imagem e voz;

VIII - garantia da não utilização, por parte do pesquisador, das informações obtidas em pesquisa em prejuízo dos seus participantes;

IX - compromisso de todos os envolvidos na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação; e

X - compromisso de propiciar assistência a eventuais danos materiais e imateriais, decorrentes da participação na pesquisa, conforme o caso sempre e enquanto necessário.

Capítulo III

DO PROCESSO DE CONSENTIMENTO E DO ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Art. 4º O processo de consentimento e do assentimento livre e esclarecido envolve o estabelecimento de relação de confiança entre pesquisador e participante, continuamente aberto ao diálogo e ao questionamento, podendo ser obtido ou registrado em qualquer das fases de execução da pesquisa, bem como retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao participante.

Art. 5º O processo de comunicação do consentimento e do assentimento livre e esclarecido pode ser realizado por meio de sua expressão oral, escrita, língua de sinais ou de outras formas que se mostrem adequadas, devendo ser consideradas as características individuais, sociais, econômicas e culturais da pessoa ou grupo de pessoas participante da pesquisa e as abordagens metodológicas aplicadas.

§ 1º O processo de comunicação do consentimento e do assentimento livre e esclarecido deve ocorrer de maneira espontânea, clara e objetiva, e evitar modalidades excessivamente formais, num clima de mútua confiança, assegurando uma comunicação plena e interativa.

§ 2º No processo de comunicação do consentimento e do assentimento livre e esclarecido, o participante deverá ter a oportunidade de esclarecer suas dúvidas, bem como dispor do tempo que lhe for adequado para a tomada de uma decisão autônoma.

Art. 6º O pesquisador deverá buscar o momento, condição e local mais adequado para que os esclarecimentos sobre a pesquisa sejam efetuados, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa, a quem será garantido o direito de recusa.

Art. 7º O pesquisador deverá assegurar espaço para que o participante possa expressar seus receios ou dúvidas durante o processo de pesquisa, evitando qualquer forma de imposição ou constrangimento, respeitando sua cultura.

Art. 8º As informações sobre a pesquisa devem ser transmitidas de forma acessível e transparente para que o convidado a participar de uma pesquisa, ou seu representante legal, possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.

Art. 9º São direitos dos participantes:

I – ser informado sobre a pesquisa;

II - desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo;

- III - ter sua privacidade respeitada;
- IV – ter garantida a confidencialidade das informações pessoais;
- V – decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública;
- VI – ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e
- VII – o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

Seção I

Da obtenção do Consentimento e do Assentimento

Art. 10. O pesquisador deve esclarecer o potencial participante, na medida de sua compreensão e respeitadas suas singularidades, sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, direitos, riscos e potenciais benefícios.

Art. 11. O consentimento do participante da pesquisa deverá ser particularmente garantido àquele que, embora plenamente capaz, esteja exposto a condicionamentos específicos, ou sujeito a relação de autoridade ou de dependência, caracterizando situações passíveis de limitação da autonomia.

Art. 12. Deverá haver justificativa da escolha de crianças, de adolescentes e de pessoas em situação de diminuição de sua capacidade de decisão no protocolo a ser aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

Parágrafo único. Nos casos previstos no caput deverão ser obtidos o assentimento do participante e o consentimento livre e esclarecido, por meio dos representantes legais do participante da pesquisa, preservado o direito à informação e à autonomia do participante, de acordo com a sua capacidade.

Art. 13. Em comunidades cuja cultura reconheça a autoridade do líder ou do coletivo sobre o indivíduo, como é o caso de algumas comunidades tradicionais, indígenas ou religiosas, por exemplo, a obtenção da autorização para a pesquisa deve respeitar tal particularidade, sem prejuízo do consentimento individual, quando possível e desejável.

Art. 14. Quando for inviável a realização do processo de Consentimento Livre e Esclarecido, a dispensa desse processo deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP para apreciação.

Seção II

Do Registro do Consentimento e do Assentimento

Art. 15. O Registro do Consentimento e do Assentimento é o meio pelo qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante ou de seu responsável legal, sob a forma escrita, sonora, imagética, ou em outras formas que atendam às características da pesquisa e dos participantes, devendo conter informações em linguagem clara e de fácil entendimento para o suficiente esclarecimento sobre a pesquisa.

§ 1º Quando não houver registro de consentimento e do assentimento, o pesquisador deverá entregar documento ao participante que contemple as informações previstas para o consentimento livre e esclarecido sobre a pesquisa.

§ 2º A obtenção de consentimento pode ser comprovada também por meio de testemunha que não componha a equipe de pesquisa e que acompanhou a manifestação do consentimento.

Art. 16. O pesquisador deverá justificar o meio de registro mais adequado, considerando, para isso, o grau de risco envolvido, as características do processo da pesquisa e do participante.

§ 1º Os casos em que seja inviável o Registro de Consentimento ou do Assentimento Livre e Esclarecido ou em que este registro signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa deve ser justificada pelo pesquisador responsável ao sistema CEP/CONEP.

§ 2º A dispensa do registro de consentimento ou de assentimento não isenta o pesquisador do processo de consentimento ou de assentimento, salvo nos casos previstos nesta Resolução.

§ 3º A dispensa do Registro do Consentimento deverá ser avaliada e aprovada pelo sistema CEP/CONEP.

Art. 17. O Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, em seus diferentes formatos, deverá conter esclarecimentos suficientes sobre a pesquisa, incluindo:

I - a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com informação sobre métodos a serem utilizados, em linguagem clara e acessível, aos participantes da pesquisa, respeitada a natureza da pesquisa;

II - a explicitação dos possíveis danos decorrentes da participação na pesquisa,

além da apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar situações que possam causar dano, considerando as características do participante da pesquisa;

III - a garantia de plena liberdade do participante da pesquisa para decidir sobre sua participação, podendo retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum;

IV - a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa seja pessoa ou grupo de pessoas, durante todas as fases da pesquisa, exceto quando houver sua manifestação explícita em sentido contrário, mesmo após o término da pesquisa;

V - informação sobre a forma de acompanhamento e a assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios, quando houver;

VI - garantia aos participantes do acesso aos resultados da pesquisa;

VII - explicitação da garantia ao participante de ressarcimento e a descrição das formas de cobertura das despesas realizadas pelo participante decorrentes da pesquisa, quando houver;

VIII - a informação do endereço, e-mail e contato telefônico, dos responsáveis pela pesquisa;

IX - breve explicação sobre o que é o CEP, bem como endereço, e-mail e contato telefônico do CEP local e, quando for o caso, da CONEP; e

X - a informação de que o participante terá acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado.

§ 1º Nos casos em que algum dos itens não for contemplado na modalidade de registro escolhida, tal informação deverá ser entregue ao participante em documento complementar, de maneira a garantir que todos os itens supracitados sejam informados aos participantes.

§ 2º Nos casos em que o consentimento ou o assentimento livre e esclarecido não for registrado por escrito, o participante poderá ter acesso ao registro do consentimento ou do assentimento sempre que solicitado.

§ 3º Nos casos em que o consentimento ou o assentimento livre e esclarecido for registrado por escrito uma via, assinada pelo participante e pelo pesquisador responsável, deve ser entregue ao participante.

§ 4º O assentimento do participante da pesquisa deverá constar do registro do consentimento.

Capítulo IV DOS RISCOS

Art. 18. Nos projetos de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, a definição e a gradação do risco resultam da apreciação dos seus procedimentos metodológicos e do seu potencial de causar danos maiores ao participante do que os existentes na vida cotidiana, em consonância com o caráter processual e dialogal dessas pesquisas.

Art. 19. O pesquisador deve estar sempre atento aos riscos que a pesquisa possa acarretar aos participantes em decorrência dos seus procedimentos, devendo para tanto serem adotadas medidas de precaução e proteção, a fim de evitar dano ou atenuar seus efeitos.

§ 1º Quando o pesquisador perceber qualquer possibilidade de dano ao participante, decorrente da participação na pesquisa, deverá discutir com os participantes as providências cabíveis, que podem incluir o encerramento da pesquisa e informar o sistema CEP/CONEP.

§ 2º O participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a assistência e a buscar indenização.

Art. 20. O pesquisador deverá adotar todas as medidas cabíveis para proteger o participante quando criança, adolescente, ou qualquer pessoa cuja autonomia esteja reduzida ou que esteja sujeita a relação de autoridade ou dependência que caracterize situação de limitação da autonomia, reconhecendo sua situação peculiar de vulnerabilidade, independentemente do nível de risco da pesquisa.

Art. 21. O risco previsto no protocolo será graduado nos níveis mínimo, baixo, moderado ou elevado, considerando sua magnitude em função de características e circunstâncias do projeto, conforme definição de Resolução específica sobre tipificação e gradação de risco e sobre tramitação dos protocolos.

§ 1º A tramitação dos protocolos será diferenciada de acordo com a gradação de risco.

§ 2º A gradação do risco deve distinguir diferentes níveis de precaução e proteção em relação ao participante da pesquisa.

Capítulo V

DO PROCEDIMENTO DE ANÁLISE ÉTICA NO SISTEMA CEP/CONEP

Art. 22. O protocolo a ser submetido à avaliação ética somente será apreciado se for apresentada toda a documentação solicitada pelo sistema CEP/CONEP, tal como descrita, a esse respeito, na norma operacional do CNS em vigor, no que couber e quando não houver prejuízo no estabelecido nesta Resolução, considerando a natureza e as especificidades de cada pesquisa.

Art. 23. Os projetos de pesquisa serão inscritos na Plataforma Brasil, para sua avaliação ética, da forma prevista nesta Resolução e na Resolução específica de gradação, tipificação de risco e tramitação dos protocolos.

Art. 24. Todas as etapas preliminares necessárias para que o pesquisador elabore seu projeto não são alvo de avaliação do sistema CEP/CONEP.

Art. 25. A avaliação a ser feita pelo Sistema CEP/CONEP incidirá sobre os aspectos éticos dos projetos, considerando os riscos e a devida proteção dos direitos dos participantes da pesquisa.

§1º . A avaliação científica dos aspectos teóricos dos projetos submetidos a essa Resolução compete às instâncias acadêmicas específicas, tais como comissões acadêmicas de pesquisa, bancas de pós-graduação, instituições de fomento à pesquisa, dentre outros. Não cabe ao Sistema CEP/CONEP a análise do desenho metodológico em si.

§ 2º . A avaliação a ser realizada pelo Sistema CEP/CONEP incidirá somente sobre os procedimentos metodológicos que impliquem em riscos aos participantes.

Art. 26. A análise ética dos projetos de pesquisa de que trata esta Resolução só poderá ocorrer nos Comitês de Ética em Pesquisa que comportarem representação equânime de membros das Ciências Humanas e Sociais, devendo os relatores serem escolhidos dentre os membros qualificados nessa área de conhecimento.

Art. 27. A pesquisa realizada por alunos de graduação e de pós-graduação, que seja parte de projeto do orientador já aprovado pelo sistema CEP/Conep, pode ser

apresentada como emenda ao projeto aprovado, desde que não contenha modificação essencial nos objetivos e na metodologia do projeto original.

Capítulo VI

DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Art. 28. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

I - apresentar o protocolo devidamente instruído ao sistema CEP/Conep, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa, conforme definido em resolução específica de tipificação e gradação de risco;

II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela Conep a qualquer momento;

IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; e

V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção.

Capítulo VII

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 29. Será instituída instância, no âmbito da Conep, para implementação, acompanhamento, proposição de atualização desta Resolução e do formulário próprio para inscrição dos protocolos relativos a projetos das Ciências Humanas e Sociais na Plataforma Brasil, bem como para a proposição de projetos de formação e capacitação na área.

Parágrafo único. A instância prevista no caput será composta por membros titulares das Ciências Humanas e Sociais integrantes da CONEP, representantes das associações científicas nacionais de Ciências Humanas e Sociais, membros dos CEP de Ciências Humanas e Sociais e de usuários.

Art. 30. Deverá ser estimulado o ingresso de pesquisadores e demais profissionais atuantes nas Ciências Humanas e Sociais nos colegiados dos CEP existentes, assim como a criação de novos CEP, mantendo-se a interdisciplinaridade em sua composição.

Art. 31. Os aspectos relacionados às modificações necessárias na Plataforma Brasil entrarão em vigor quando da atualização do sistema.

Capítulo VIII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 32. Aplica-se o disposto nos itens VII, VIII, IX e X, da Resolução CNS nº 466, de 12, de dezembro de 2012, no que couber e quando não houver prejuízo ao disposto nesta Resolução.

Parágrafo único. Em situações não contempladas por essa Resolução, prevalecerão os princípios éticos contidos na Resolução CNS nº 466 de 2012.

Art. 33. A composição da Conep respeitará a equidade dos membros titulares e suplentes indicados pelos CEP entre a área de Ciências Humanas e Sociais e as demais áreas que a compõem, garantindo a representação equilibrada das diferentes áreas na elaboração de normas e no gerenciamento do Sistema CEP/CONEP.

Art. 34. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

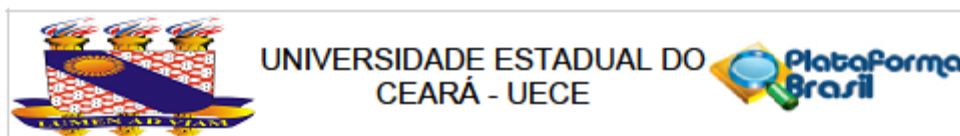
RONALD FERREIRA DOS SANTOS

Presidente do Conselho Nacional de Saúde Homologo a Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

MARCELO CASTRO
Ministro de Estado da Saúde

Publicada no DOU nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016 - seção 1, páginas 44, 45, 46.

ANEXO D – Parecer do comitê de ética

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Pesquisador: Ana Carolina Andrade de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94444318.1.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.857.147

Apresentação do Projeto:

Há aproximadamente quatro décadas, surgiram discussões acerca da possibilidade de desenvolvimento do planejamento em outras áreas da sociedade, por exemplo, na área da saúde, tendo como base o planejamento econômico. Recentemente, o Brasil utilizou como artifício de planejamento a implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O objetivo geral do estudo é analisar a produção do planejamento em saúde no âmbito municipal. É uma pesquisa de natureza qualitativa, com organização dos dados pelo Discurso do Sujeito Coletivo, utilizando DSC – Software e análise pela Hermenêutica na perspectiva de Gadamer (1997). Os cenários da pesquisa serão locais que realizam, em suas atividades cotidianas, o planejamento e tomadas de decisão acerca do setor saúde no município de Fortaleza – CE, no período de março a julho de 2018. Participarão da pesquisa integrantes do Conselho Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e o secretário municipal de gestão, planejamento e orçamento. Serão respeitadas as normas estabelecidas na Resolução 466/2012.

Objetivo da Pesquisa:

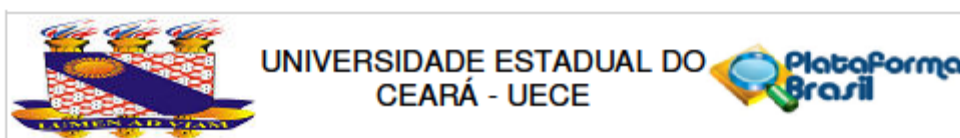
Objetivo Primário:

Analisar a produção do planejamento em saúde no âmbito municipal.

Objetivo Secundário:

Compreender a concepção dos integrantes do Conselho Municipal de Saúde sobre o planejamento

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 2.857.147

em saúde exercido na prática;

Identificar as ferramentas utilizadas pelos gestores para subsidiar a tomada de decisão;

Descrever a base teórica do planejamento utilizada na prática.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco quanto à participação na pesquisa está relacionada ao constrangimento do participante caso não saiba responder algum dos questionamentos.

Benefícios:

Tem como proposta subsidiar os gestores nas tomadas de decisão acerca da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Justificativa e relevância ok.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação estão conforme as especificações éticas em pesquisa.

Recomendações:

Enviar o relatório ao final do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1064300.pdf	25/07/2018 14:25:26		Aceito
Outros	Anuência.pdf	25/07/2018 14:24:13	Ana Carolina Andrade de Oliveira	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	25/07/2018 14:23:47	Ana Carolina Andrade de Oliveira	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	25/07/2018 14:23:33	Ana Carolina Andrade de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL_FORMATADO.docx	25/07/2018 14:19:14	Ana Carolina Andrade de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	25/07/2018 14:06:07	Ana Carolina Andrade de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_para_gestores.docx	16/01/2018 17:59:18	Ana Carolina Andrade de Oliveira	Aceito

Endereço: Av. Sillas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

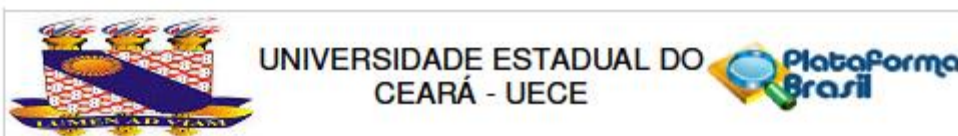
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 2.857.147

Justificativa de Ausência	TCLE_para_gestores.docx	16/01/2018 17:59:18	Ana Carolina Andrade de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_CMS_nivel_superior.docx	16/01/2018 17:59:08	Ana Carolina Andrade de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_CMS_nivel_medio.docx	16/01/2018 17:58:57	Ana Carolina Andrade de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 30 de Agosto de 2018

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Av. Sillas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br