

Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



---

## Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

**O PLANEJAMENTO ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE SAÚDE  
COMUNITÁRIA/GHC NA PERSPECTIVA DE  
ALINHAMENTO ESTRATÉGICO**

***FABIANA SOUZA OLAVES***

Orientador: Prof. Dr. José Maurício de Oliveira

Porto Alegre, 2008

FABIANA SOUZA OLAVES

**O PLANEJAMENTO ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE SAÚDE  
COMUNITÁRIA/GHC NA PERSPECTIVA DE  
ALINHAMENTO ESTRATÉGICO**

PROJETO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO, a ser apresentado na Fundação Osvaldo Cruz como requisito à obtenção do título de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Maurício de Oliveira

Porto Alegre, 2008

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, à minha mãe sempre me apoiando, ao meu noivo pelo carinho e paciência, a todas as pessoas que me apoiaram, ao importante auxílio do meu orientador José Maurício, às dicas e colaboração da Profa. Cícera, aos meus colegas do setor administrativo da Unidade Conceição pela compreensão nos dias de aula, à Maria Amália, por ter concedido a autorização para me inscrever no curso, ao meu amigo Félix por ter me incentivado até o último instante para que eu fizesse o curso, à Coordenadora do SSC, Edelves, pela disponibilidade e fornecimento de material.

## SUMÁRIO

Introdução	6
1 Objeto De Estudo	12
1.1 Planejamento Estratégico	16
1.1.1 Planejamento Estratégico Situacional Em Saúde – PES's	18
1.2 Planejamento Participativo	19
1.3 Alinhamento Estratégico	21
1.4 O Ssc No Contexto Do Objeto De Estudo	24
2 Questão De Pesquisa	25
3 Objetivo Geral	25
3. 1 Objetivos Específicos	25
4 Metodologia	26
4.1 Tipo De Pesquisa	26
4.2 Descrição Do Método	27
4.3 Processamento E Análise De Dados	28
5 Aspectos Éticos	29
6 Divulgação	29
7 Cronograma Das Atividades	30
8 Orçamento	30
Referências	31
Anexo	33

## **SIGLAS**

AE – Alinhamento Estratégico

APS – Atenção Primária à Saúde

BSC – Balanced Scorecard

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

SSC – Serviço de Saúde Comunitária

SUS – Sistema Único de Saúde

## INTRODUÇÃO

Desde as últimas décadas, particularmente nos países de primeiro mundo, os gestores na área da saúde estão empenhados em encontrar e criar soluções com o objetivo de qualificar e organizar o funcionamento dos sistemas e serviços de saúde.

No Brasil, o processo de reconstrução do setor saúde tem como ponto de partida a reforma sanitária nas décadas de setenta e oitenta, porém ganha força legal com a Constituição Federal de 1988. Logo após é instituída a Lei Orgânica da Saúde Nº 8080/90 que passa a regulamentar o Sistema Único de Saúde (BRASIL (1), 2000).

Um dos princípios do SUS, segundo a Lei Nº 8080/90, é a descentralização político-administrativa, contando com uma direção única em cada esfera de governo. A partir de então, os gestores da saúde das sub-esferas nacionais de governo passaram a ter que planejar e instituir políticas e modelos de atenção que contribuíssem para a melhora da saúde de suas populações.

Contudo, colocar em prática o que a lei prevê para o SUS tem sido um desafio constante para os gestores que vêm enfrentando inúmeras dificuldades na gestão dos sistemas e serviços de saúde em todo o território nacional. Por conta disso, normas operacionais básicas e de assistência à saúde surgiram como alternativas de fortalecer e reorientar o processo de gestão.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/2001 (Ministério da Saúde, 2001) prevê a construção de redes assistenciais em atenção básica nos municípios, eficazes e resolutivas, que se bem administradas, têm o papel de organizar os demais níveis de atenção, reiterando assim, a importância do papel da gestão nesse cenário.

Essas redes assistenciais em atenção básica compreendem os cuidados primários em saúde, que segundo a Declaração de Alma-Ata (1978):

“Cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade (...). Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”.

Segundo Starfield (2002), os serviços de atenção primária apresentam algumas características elementares, segundo os seus pressupostos básicos, tais como: enfoque nos determinantes social e físico, não exclusivamente na enfermidade; participação da comunidade; atenção direcionada à pessoa – não à enfermidade; porta de entrada dos serviços; acessibilidade; abrangência e continuidade; e, orientação familiar.

Observa-se então, que longo de sua história o Grupo Hospitalar Conceição - GHC assumiu o seu papel de referência dentro do sistema de saúde, mesmo antes da Constituição Federal de 1988, que dá origem ao Sistema Único de Saúde – SUS, ofertando serviços nos três níveis de atenção. O Serviço de Saúde Comunitária - SSC é um serviço de Atenção Primária à Saúde - APS e os hospitais ofertam serviços de média e alta complexidade, sendo alguns especializados. O GHC é ligado ao Ministério da Saúde e composto pelos hospitais Cristo Redentor (HCR), Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital da Criança Conceição (HCC), Hospital Fêmea (HF), Serviço de Saúde Comunitária (SSC) e o Instituto da Criança Com Diabetes (ICD) conveniado ao GHC desde 2003. Nesse

convênio o GHC fornece recursos humanos e infra-estrutura hospitalar no caso de internações através do HCC e HNSC (GHC e ICD, 2008).

Em 1982 é fundado o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do GHC com a primeira Unidade de Saúde da Família – Unidade Conceição – situada nas dependências do HNSC até 2004. Desde então, foram implantadas mais 11 (onze) Unidades localizadas em pontos estratégicos da Zona Norte do município de Porto Alegre, atuando em parceria e tornando-se referência em assistência para a rede municipal de atenção básica e, em ensino para todo o Brasil, sendo pólo formador de recursos humanos para o SUS.

O SSC é um serviço de APS organizado de forma regionalizada, composto por equipes multidisciplinares e a sua estrutura gerencial está vinculada ao HNSC. Cada Unidade é composta por equipes mínimas preconizadas pela Estratégia de Saúde da Família do Ministério da Saúde (ESF/MS), de acordo com as peculiaridades de cada território em que atua e com a sua dimensão populacional, agregando outros profissionais quando necessário. As equipes são basicamente formadas por: médico, enfermeiro, auxiliar e técnico em enfermagem, agente comunitário de saúde, auxiliar administrativo, assistente social, psicólogo, odontólogo, técnico em higiene bucal, residentes e estagiários de (psicologia, enfermagem e medicina) e em algumas unidades contam com o profissional de nutrição.

Desde 1982, com o crescimento do SSC em todos os aspectos organizacionais, sejam eles físicos, tecnológicos e principalmente humanos, a sua estrutura tende a ficar cada vez mais complexa no nível institucional das macropolíticas, bem como no nível operacional, que tem sofrido as conseqüências do vertiginoso crescimento populacional, sendo que este não é acompanhado na mesma proporção pela oferta de serviços.

Um sistema gerencial deve configurar-se a partir de um processo contínuo de aprendizado, crescimento e, os valores, a visão e a missão das organizações são os eixos norteadores desse processo.



Na construção de sua missão, visão e estratégias o SSC tomou como base de alinhamento, a missão do GHC, conforme expressa o quadro a seguir.

**Quadro 01: Missão, visão e estratégias do SSC/GHC.**

MISSÃO, VISÃO E ESTRATÉGIAS DO SSC/GHC	
Missão do GHC: “Desenvolver ações de atenção integral à saúde para a população, com excelência e eficácia organizacional, através de seus recursos tecnológicos e humanos, programas de ensino e pesquisa, atuando em parceria com outras entidades, fortalecendo o SUS e cumprindo, assim, a sua função social”.	
Missão do SSC	“Ser um serviço público de excelência, orientado nos princípios do SUS e da APS, trabalhando com três finalidades: a) atenção integral à saúde da população sob nossa responsabilidade; b) formação interdisciplinar de profissionais para o SUS; c) produção de Conhecimento/tecnologias em APS; para, desse modo, exercermos nosso papel no SUS”.
Visão Compartilhada de Futuro do SSC	“Ser um Centro de Referência em APS, trabalhando com três finalidades: Atenção; Formação e Produção de conhecimento/tecnologias, integradas entre si”.
Estratégias do SSC	“ <b>Valorização:</b> a) do desenvolvimento da integração entre os diferentes espaços de trabalho e gestão do SSC; b) do planejamento global e local (SSC, Unidades, Residências e Setores); c) do desenvolvimento dos trabalhadores; d) da participação popular e do controle social”.

Fonte: Regimento Interno 2008 – SSC (BRASIL (2), 2008).

Cabe ressaltar que o SSC visa ser referência em APS para o SUS, tendo como um de seus referenciais o ensino, o que tem sido um desafio, pois a cultura do GHC/SSC é sustentada na assistência.

Para dar conta da sua missão o serviço preconiza que as Unidades de Saúde trabalhem em equipe, bem como a coordenação e a gerência, que atuam em Colegiado de Gestão. Ou seja, o SSC trabalha com um modelo de gestão compartilhada e participativa, pluralista e, logo, democrático.

Distinguem-se dois tipos de trabalho em equipe: equipe agrupamento e equipe integração, onde o segundo tipo se caracteriza pela articulação das ações e pela interação dos agentes (SCHRAIBER, 1999).

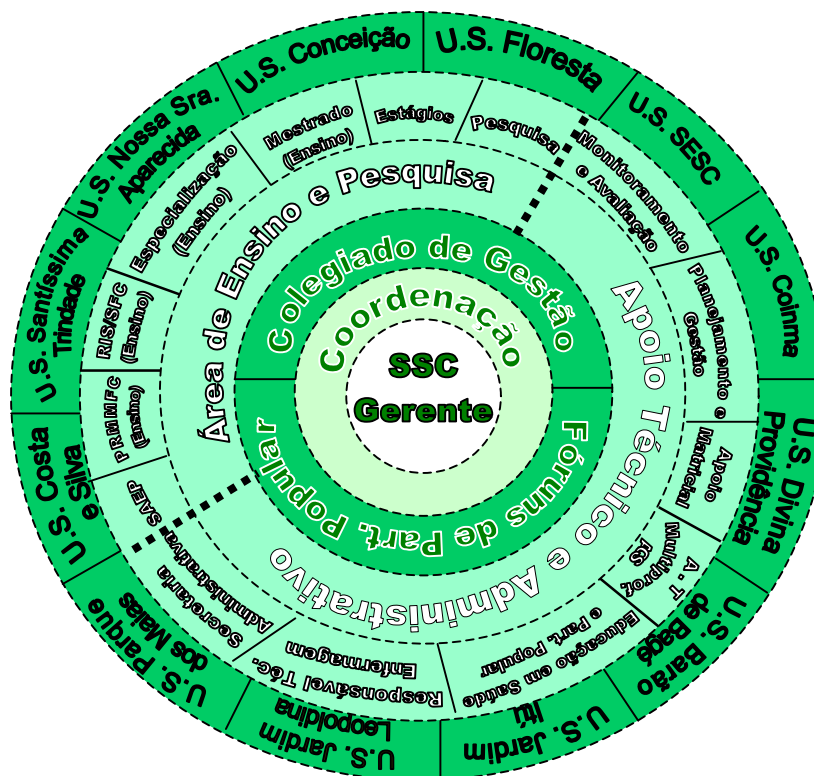
A equipe de integração é o paradigma preconizado pelo SSC, pois esse visa ser um centro de referência em APS para o SUS, tendo como finalidades: a atenção, ensino e produção de conhecimento articulados entre si.

Algumas unidades de saúde já adotaram como modelo gerencial o colegiado de gestão, mas outras trabalham em equipe, reportando-se à chefia. Sendo assim a estrutura organizacional do SSC é semelhante ao modelo de gestão em rede, onde todos da equipe ocupam a mesma posição hierárquica. No SSC, porém existe a figura do “chefe”, denominado Assistente de Coordenação, que hierarquicamente responde à coordenação geral do serviço e ao colegiado de gestão, que é o órgão máximo deliberativo, exceto a gerência em alguns casos específicos de ordem política.

O colegiado de gestão é composto pelo Gerente, Coordenadora, representante do Grupo de Participação Popular, os assistentes de coordenação das doze Unidades de Saúde da Família, representantes das áreas de assessoria técnico-administrativa e de ensino e pesquisa, conforme demonstra a figura 1. Entretanto desde maio de 2008, somente as representações que detém Função Gratificada têm direito a voto.

A seguir a nova proposta de organograma do SSC, demonstrando a estrutura organizacional do SSC hoje, contemplando a estrutura circular em rede e a gestão participativa de forma horizontalizada e, expressando detalhadamente as áreas que têm representação no Colegiado de Gestão.

Figura 01: Proposta de Organograma Geral do SSC - 2008.



Fonte: Regimento Interno 2008 – SSC (BRASIL (2), 2008).

Os cargos do Coordenador e do Assistente de Coordenação são eletivos, sendo o coordenador com mandato de dois anos e o assistente de coordenação com mandato de 01 ano, podendo haver reeleição por igual período para ambos, o que denota que o planejamento organizacional tem sido formulado de dois em dois anos. Tem-se ainda o mandato do gerente por quatro anos a exemplo da superintendência do GHC.

Observa-se então, o cenário complexo de gestão e conseqüentemente da tomada de decisão nessa estrutura, que se organiza em rede pela cultura gerencial do SSC, mas que necessita atender a organização hierárquica do GHC. Percebe-se que o colegiado de gestão é um órgão vital, responsável pela disseminação da cultura, visão, valores, missão, planejamento, coordenação, controle e avaliação do SSC. O planejamento estratégico tem sido uma ferramenta muito utilizada ao longo

dos anos, subsidiando a tomada de decisão e tornando os processos mais claros e precisos diante das inúmeras mudanças que ocorrem na área da saúde devido às suas peculiaridades e subjetividades e, portanto, de difícil mensuração. Outra questão é a influência político-partidária que sofre o serviço a cada quatro anos e, nas unidades com mudança de chefia a cada dois anos.

Diante de tantos desafios em uma organização de saúde descentralizada, com uma gestão participativa e logo, com inúmeros atores presentes no processo decisório, evidencia-se a importância de investigar o processo de planejamento organizacional do SSC no período 2005, 2006 e 2007. Uma alternativa para se processar esta investigação é a perspectiva de alinhamento estratégico, que visa identificar como o planejamento organizacional está produzindo sinergia entre o nível institucional e operacional, respeitando a autonomia de cada um.

## **1 OBJETO DE ESTUDO**

A partir do momento em que pessoas ou entidades se unem em torno de um determinado objetivo, elas sentem a necessidade de se organizar. Assim são as organizações, sejam elas de qualquer natureza.

A estrutura organizacional mais adotada nas organizações é a piramidal, ou seja, em níveis hierárquicos definidos, que se superpõem, refere Withaker (1998). Essa organização é responsável pela distribuição dos níveis de poder, o que constitui o modelo político do nosso país, definindo claramente esses níveis. No SUS a organização piramidal também está presente, principalmente no que se refere à hierarquização dos níveis tecnológicos do sistema que norteiam os fluxos assistenciais do mesmo.

Entretanto, com o advento das tecnologias de informação e da globalização, principalmente a partir da *internet*, surge a organização em rede, onde nela todas as partes são pontos em comum, sem diferenciação hierárquica, tendo a mesma importância, mas se um ponto da rede falhar afetará os demais.

Ao contrário das estruturas piramidais, Withaker (1998) evidencia que na organização em rede não há um “chefe”, o que há é uma vontade coletiva de realizar determinado objetivo. Esse novo modelo de organização tem sido implantado principalmente nas áreas gerenciais onde observa-se que o sucesso gerencial depende da integração de todas as partes da organização.

Sendo assim, a forma como as empresas e serviços se organizam impacta diretamente no processo decisório. Nas estruturas em rede o processo decisório torna-se complexo, pois envolve muitos atores, com diferentes saberes, diferentes percepções e interesses, mas que necessitam tomar decisões visando um mesmo objetivo, que se traduz na missão da organização.

Angeloni (2003) alerta que no processo de tomada de decisão é necessário ter disponíveis os dados, as informações e os conhecimentos, mas esses normalmente estão dispersos, fragmentados e armazenados somente na mente dos indivíduos.

Existem três níveis decisão mais comuns nas organizações, que são:

- a) **Decisões Estratégicas:** são tomadas no nível institucional e relacionam empresa e ambiente;
- b) **Decisões Administrativas:** são tomadas no nível intermediário e relacionam a estrutura e a configuração organizacional da empresa;
- c) **Decisões Operacionais:** relacionam-se com a seleção e orientação do nível operacional encarregado de realizar a tarefa técnica.

Contudo, a separação das decisões em níveis não anula a sua interdependência. Se o nível estratégico tomar conta somente da sua estrutura institucional e tática (administrativa) e deixar o nível operacional tomar suas decisões “sozinho”, sem um monitoramento eficiente das suas práticas, certamente corre um grande risco de perder a coordenação das ações, o que irá afetar os demais níveis (CHIAVENATO, 2000).

Levando em conta os tipos de decisões, que são as programáveis e não-programáveis, é como se identifica o maior grau de facilidade ou dificuldade do tomador de decisão.

**Quadro 02: Decisões programadas x Decisões não-programadas**

Decisões Programadas	Decisões Não-programadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computacionais e rotineiras;</li> <li>- Dados adequados;</li> <li>- Dados repetitivos;</li> <li>- Condições estáticas;</li> <li>- Certeza;</li> <li>- Baseadas em métodos e regras já estabelecidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baseadas em julgamento;</li> <li>- Dados inadequados;</li> <li>- Dados novos;</li> <li>- Condições dinâmicas;</li> <li>- Incerteza;</li> <li>- Baseadas em julgamento pessoal.</li> </ul>

Fonte: Chiavenato, 2000.

As decisões programáveis são aquelas tomadas de acordo com regras e procedimentos já estabelecidos, enquanto que as não programáveis constituem novidades e tendem a ser tomadas diante de julgamentos improvisados e exigindo esforços para definir e diagnosticar o problema ou situação pela obtenção dos fatos e dos dados, procura de soluções alternativas, análise e comparação dessas alternativas e seleção e escolha da melhor alternativa como plano de ação.

A partir da constatação de Chiavenato (2000) sobre os tipos e níveis decisórios, este estudo visa identificar como o planejamento organizacional do SSC se comporta em relação ao seu sistema decisório, apontando principalmente, como são gerenciadas as decisões não programáveis, por sua vez, de mais difícil dimensionamento.

O planejamento, na perspectiva de Chiavenato (2000), consiste na tomada antecipada de decisões sobre o que fazer antes que a ação seja necessária e, por isso, constitui um sistema aberto e dinâmico de decisões. No fundo, as empresas constituem sistemas programados de decisões em seus níveis intermediários.

Enfim, decidir é optar ou selecionar dentre várias alternativas de cursos de ação aquela que “pareça” mais adequada. Ou seja, ao decidir o gestor tem um custo de oportunidade e o planejamento estratégico, segundo os especialistas da área é considerado uma ferramenta gerencial que contribui para que esse custo seja o mais baixo possível, reduzindo assim a probabilidade de erros futuros.

A realidade na qual vivemos está em movimento permanente resultando em uma mutação dinâmica dos cenários internos e externos às organizações. Segundo Baptista (1979):

“Planejamento é um processo permanente e metódico de abordagem racional e científica dos problemas. Enquanto processo permanente supõe ação continuada sobre um conjunto dinâmico de variáveis, em um determinado momento histórico. Enquanto processo metódico de abordagem racional e científica supõe uma seqüência de atos decisórios, ordenados em fases definidas e baseados em conhecimentos científicos e técnicos”.

A partir da conceituação de Baptista, percebe-se o planejamento como um método científico para a solução de problemas porque, tem regras e fases bem definidas que devem ser seguidas para que o seu resultado agregue valor e confiabilidade à organização.

Um dos problemas observados nas instituições que utilizam desse ferramental é a falta de cuidado de quem planeja com os atores sociais envolvidos, onde muitos são descomprometidos porque não reconhecem as metas e objetivos do planejamento na sua realidade cotidiana, resultando muitas vezes em um planejamento teórico, sem aplicabilidade prática.

Segundo Chiavenato (2000), os tipos de planejamento estão ligados diretamente aos níveis de poder e decisões da organização.

O **Planejamento Estratégico** é o processo administrativo num período de longo prazo, que proporciona sustentação metodológica para se estabelecer a melhor direção a ser seguida, visando à otimização do grau de interação com o ambiente e atuando de forma inovadora. É de responsabilidade dos dirigentes da alta direção da organização.

O **Planejamento Tático** tem por objetivo otimizar determinadas áreas de resultados e não a empresa como um todo. Tem como meta principal a utilização eficiente dos recursos em um período de médio prazo e é de responsabilidade dos níveis intermediários.

O **Planejamento Operacional** é onde se dá a execução do planejamento tático e estratégico, através dos planos de ação ou planos operacionais. É elaborado normalmente pelos níveis operacionais com foco básico nas atividades do dia-a-dia em um período de curto prazo.

No que tange a abordagem de Chiavenato (2000), este estudo visa explorar o processo de planejamento estratégico (organizacional) do SSC, verificando sua aplicabilidade e amplitude em relação aos níveis tático e operacional.

### ***1.1 Planejamento Estratégico***

O planejamento estratégico constitui-se em uma metodologia científica de construção da realidade atual e futura nas organizações, contribuindo para a manutenção ou transformação de um determinado estado (GANDIN, 1994). Configura-se em um instrumento administrativo com enfoque sistêmico, proporcionando racionalidade às decisões e conseqüentemente uma melhor relação da organização e seu ambiente.

Na fase de elaboração é necessário ao planejador analisar o ambiente interno (seus pontos fortes e fracos) e externo à organização (suas ameaças e oportunidades), o que resultará em dados que contribuirão para uma melhor construção do planejamento.



De acordo com Oliveira (2006), são quatro as fases básicas da elaboração e implementação de um planejamento estratégico:

1. **Diagnóstico Estratégico:** é a fase onde se verificam todos os pontos inerentes à realidade interna e externa da empresa. Inicia com a identificação da visão da empresa, ou seja, a projeção das expectativas e desejos de onde a empresa quer chegar. Após isto, identificam-se os valores que indicam as crenças e princípios da organização. Por fim consideram-se os pontos determinantes do ambiente interno e externo à organização. No que tange ao ambiente externo leva-se em conta o contexto político, econômico, ecológico, religioso e etc. Já o interno revela a inter-relação dos membros internos da organização.
2. **Missão da Empresa:** nessa fase estabelece-se a missão, que é a razão de ser da organização, estabelecendo o horizonte e seu campo de atuação. Também se dá o estabelecimento de propósitos atuais e potenciais da empresa; estruturação e debate de cenários; estabelecimento da postura estratégica diante do ambiente interno e externo; e, estabelecimento de macro-estratégias e micro-políticas organizacionais.
3. **Instrumentos prescritivos e quantitativos:** é a fase que se estabelece onde e como chegar na situação desejada. Isso se dá através do estabelecimento de objetivos, desafios e metas; estabelecimento de estratégias e políticas funcionais; estabelecimento dos projetos e planos de ação. Quanto aos instrumentos quantitativos, consiste nas projeções econômico-financeiras do planejamento orçamentário, associadas à estrutura organizacional da empresa.
4. **Controle e Avaliação:** essa é a fase onde se analisa como a empresa está indo ou aonde chegou, verificando se seus objetivos foram alcançados ou não e o desempenho da empresa, emitindo assim um parecer da situação atual com base no projeto inicial.

Este estudo pretende descrever e identificar as quatro fases principais do planejamento, desde a elaboração até a sua implementação.

### 1.1.1 Planejamento Estratégico Situacional em Saúde – PES’S

A partir de 1984, Carlos Matus, a partir do conceito de planificação (planejamento), que significa a arte de governar em situações de poder compartilhado, tendo sua origem no âmbito econômico, que é a tradição da planificação normativa, formula uma das metodologias de planejamento estratégico mais utilizada na área da saúde, o Planejamento Estratégico Situacional (RIVERA, 1989).

O autor acima citado considera que planifica quem governa; que cada âmbito problemático requer um desenho particular da planificação situacional; que a planificação é uma dinâmica de cálculo que precede e preside a ação; e, que não dispomos de uma ciência social suficientemente sólida para acertar na análise causal das conseqüências das decisões que tomamos. Sendo assim a única forma de entender a planificação é vê-la como um processo de aprendizagem constante “aprendizagem – correção – aprendizagem”.

Carlos Matus separou o PES’S em quatro momentos do processo de planificação, que são (RIVERA, 1989):

1. **Momento Explicativo:** é o momento equivalente ao diagnóstico da planificação normativa com a complexa tarefa de selecionar problemas e descartar outros. A partir dessa seleção, surge a necessidade de explicar as causas de cada problema e do conjunto de problemas que marcam a situação inicial do plano. Para visualizar as escolhas usa-se o fluxograma situacional.
2. **Momento Normativo:** é o momento de agir sobre a realidade e suas mudanças, definindo onde se quer chegar.
3. **Momento Estratégico:** é o momento que se decide como agir diante das restrições conflitivas do plano e onde se avalia a sua viabilidade.

4. **Momento Tático - Operacional:** é o momento onde todos os cálculos e análises dos três momentos anteriores materializam-se na ação, gerando a mudança situacional. É o momento da execução.

A partir dessa concepção de planejamento e toda sua história, percebe-se que este representa a perspectiva de racionalizar e otimizar a produção dos serviços de saúde. Desse modo, planejamento e gestão “técnicaizando a política” desenvolvem saberes operantes de sua ação que representam tecnologias de poder, ferramentas de exercício de poderes, pois facultam modos de agir e pensar ações de outros. Portanto a esfera própria do planejamento e gestão está, pois, em articular o político com o técnico-científico na produção dos cuidados assistenciais em saúde (RIVERA, 1989).

Apesar da existência de metodologias como o PES e comparada a sua aplicabilidade e resolutividade nos serviços de saúde, diante das diversas constatações sobre a complexidade da gestão na área da saúde, tem sido crescente a demanda por tecnologias e ferramentas do campo da administração aplicadas a este setor. O que demonstra que os serviços de saúde, no seu aspecto gerencial, necessitam ser organizados e gerenciados como empresas, devido à enorme expansão das áreas do nível tático (recursos humanos, assessoria de controle e avaliação, regulação, produção, etc), mas sem desconsiderar em hipótese alguma a subjetividade do setor saúde, pois seu produto final é a saúde das pessoas.

Portanto é pertinente a utilização da metodologia do planejamento estratégico tradicional, como o abordado por Oliveira (2006), aplicada às organizações da saúde, confirmando essa tendência.

### ***1.2 Planejamento Participativo***

O planejamento participativo é um dispositivo de organização de coletivos para realizar ações para alcançar fins, e dispositivos para a construção de grupos mais autônomos. Significa o reconhecimento de que não há homogeneidade de visões, porque há diferentes atores, com interesses distintos, tornando ainda mais

imprevisível as ações futuras. Ou seja, segundo Motta (2002), na visão pluralista, indivíduos e grupos internos possuem interesses distintos e lutam para que os efeitos das decisões internas lhes sejam favoráveis. Em comparação com o planejamento estratégico, é mais utilizado nas ciências sociais, enquanto que o estratégico é mais utilizado nas ciências administrativas.

Lima (2006) emite um parecer perfeitamente aplicado nas organizações de saúde, conhecidas como organizações profissionais, altamente especializadas, onde a maior parte dos conflitos tem origem na multiplicidade de atores, profissões e racionalidades existentes no seu interior e, se expressam em uma série de pares opostos. Dessa forma Cecílio (2002) descreve-os, destacando duas antinomias: o alto grau de especialização e a autonomia dos profissionais *versus* a necessidade de coordenação do trabalho e da organização; e o poder técnico concentrado nos profissionais da organização *versus* o poder administrativo. Nesse caso a autonomia é a grande fonte de poder dos profissionais, que irão tentar controlar a organização para manterem-se no poder sobre as decisões que possam afetar suas práticas.

As antinomias reveladas por Cecílio referem-se ao chamado “Sistema de Interesses” dos atores de um processo e tal aspecto deve ser observado e considerado em um planejamento participativo, onde cada parte integrante prepara sua argumentação em defesa dos seus interesses ou daqueles que julgar importante. Sendo assim, para o encaminhamento participativo de soluções para uma coletivamente compartilhada, é fundamental valorizar todos os olhares e aspectos a partir dos quais a questão é distinguida. Garantir as condições para a manifestação (comunicação) de todos os atores é da maior relevância, todavia entre alguns interessados a dificuldade maior não é apontar aspectos ou temas a partir da participação de todos em um processo sustentado na argumentação comunicativa, mas evitar que a habilidade ou mesmo a simples eloquência de alguns em argumentar determine a ordem de prioridades.

Atento a esses aspectos, D’Agostin (2005) fornece abordagens e procedimentos que buscam garantir essas condições, através da mediação do processo de seleção e da priorização de aspectos ou temas relevantes à determinada questão. Assim torna-se mais fácil apontar temas relevantes na

manifestação de um sistema de interesses. Menos fácil, porém, é promover a emergência de um genuíno ordenamento coletivo de prioridades para esses temas a partir de distintos interesses presentes no conjunto de interessados. Por outro lado, mais difícil é compatibilizar e garantir efetividade aos diferentes ordenamentos originais de prioridades na obtenção de um único ordenamento. Outro ponto a ser observado é que apesar da boa intenção de quem promove um processo participativo, é questionável a condição de moderador (des)interessado de preferências ou de subordinações na mediação do ordenamento de prioridades de outros.

Tendo em vista a visão de alguns atores sobre planejamento participativo, em princípio o tipo de planejamento adotado pelo SSC, no que tange à dificuldade de lidar com os sistemas de interesse presentes no cotidiano das ações e de promover a sinergia organizacional, a vivência de outras experiências de planejamento participativo tem demonstrado que, “envolvimento” das pessoas no momento da elaboração do plano não garante o sucesso desse. Observando-se ainda, que com grande frequência não se chega à fase da implementação.

### **1.3 Alinhamento Estratégico**

Considerando a abordagem participativa de planejamento recém abordada, percebe-se que é fundamental que as pessoas que elaboram o planejamento estejam motivadas através do processo de sensibilização que deve anteceder à fase de implementação. Assim as pessoas estarão motivadas a apropriarem-se da causa organizacional como suas (LIMA, 2006).

Em 1992, Kaplan e Norton criaram uma das ferramentas de gestão mais utilizadas em todo o mundo, que é o *Balanced Scorecard* – BSC. Esta ferramenta tem por objetivo complementar o planejamento à medida que traduz a missão e as estratégias da organização em um conjunto de indicadores estruturados em uma relação de causa e efeito, servindo de base para um sistema de medição e gestão estratégica (GALAS, 2006).

O Alinhamento Estratégico proposto por Kaplan e Norton (1997) é uma ferramenta importante em todas as etapas do planejamento, seja ele participativo ou estratégico. No entanto, dependendo das metas e do nível em que elas são estabelecidas na organização, um planejamento participativo pode ser também estratégico.

Segundo esses autores, com base no resultado de diversas organizações que implantaram essa ferramenta, para se obter o máximo de benefício possível, a equipe executiva deve compartilhar sua visão e estratégias com toda a organização. Para isso preconiza-se que se deve comunicar as estratégias buscando vinculá-las às metas pessoais dos integrantes da organização. Ou seja, os objetivos estratégicos precisam ser traduzidos em ações que cada indivíduo possa tomar de modo a contribuir para as metas organizacionais, devendo obter *feedback* posterior para manter sua motivação. Ou seja, o grande objetivo do alinhamento é medir o desempenho operacional das metas e objetivos organizacionais.

De acordo com o postulado de Kaplan & Norton (2004), a perspectiva de aprendizado e crescimento do *Balanced Scorecard* enfatiza a importância de alinhar os ativos intangíveis com a estratégia da organização. E são esses os principais ativos intangíveis presentes nas organizações: capital humano, capital da informação e capital organizacional. Então esses três ativos devem estar alinhados aos processos internos, que são: processos de gestão operacional, processos de gestão de clientes, processos de inovação e processos regulatórios e sociais. E esses devem ainda estar alinhados aos processos de criação de valor para o cliente, leia-se, qualidade dos serviços prestados na perspectiva do cliente e finalmente nas empresas públicas, como é o caso do universo a ser estudado, os ativos deverão alinhar-se à missão, visão e valores da organização.

### **Quadro 03: Perspectiva de Aprendizado e Crescimento Organizacional segundo os ativos intangíveis**

Perspectiva de Aprendizado e Crescimento Organizacional – Ativos Intangíveis		
Capital Humano	Capital da Informação	Capital Organizacional
✓ Habilidades	✓ Sistemas	✓ Cultura - Liderança
✓ Conhecimento	✓ Banco de Dados	✓ Alinhamento
✓ Valores	✓ Redes	✓ Trabalho em Equipe

Fonte: Kaplan & Norton (2004).

Segundo (Brodbeck, 2008), o alinhamento estratégico não consiste em um evento isolado, mas em um processo contínuo de adaptação e mudança, ressaltando a importância dos processos de revisão contínua (avaliação) para a promoção do alinhamento. Refere ainda que um ambiente organizacional que contribua para o alinhamento é baseado em: uma cultura de gestão corporativa, postura decisória pró-ativa, política de incentivos e representatividade do modelo de gestão.

Quanto aos objetivos e níveis organizacionais onde é analisado o alinhamento, os objetivos organizacionais podem ser desmembráveis em objetivos por unidades, divisão, áreas ou departamentos, podendo-se atingir níveis de controle mais elementares por atividade ou processo, constituindo-se em uma integração vertical. Bem como a análise do horizonte do planejamento, que pode dividir-se por período de tempo do planejamento, constituindo-se na integração horizontal. E finalmente, cruzando as duas integrações há uma perspectiva estratégica de alinhamento organizacional.

Portanto, esse estudo tem por objetivo analisar o processo de planejamento organizacional do SSC na perspectiva de alinhamento estratégico de Kaplan & Norton, identificando como se dá o alinhamento entre os níveis decisórios do SSC e as etapas do planejamento. Considerando em especial como os ativos intangíveis atuam nesse processo em relação aos demais fatores de alinhamento dos processos internos e missão da organização SSC.

#### **1.4 O SSC no contexto do Objeto de Estudo**

Tendo em vista o postulado de Withaker (1998) referido anteriormente e com base na missão, visão e estratégias do SSC, este serviço constitui-se em uma organização de saúde, que se organiza em rede, onde todos os pontos da mesma têm igual importância no processo gerencial.

As decisões, portanto são tomadas em equipe, visando trabalhar sob o signo da participação, estando o processo comunicativo em evidência nesse cenário, já que é agente fundamental para o sucesso do trabalho.

O processo de planejamento organizacional do SSC deve acontecer no colegiado de gestão do serviço, de forma participativa e estratégica. Estratégica porque elabora metas de longo prazo com enfoque sistêmico em consonância com as metas do GHC, sendo estas projetadas para um período de quatro anos. E Participativa porque busca soluções para uma coletividade e em uma diversidade de perspectivas e opiniões, mas que devem convergir na missão do SSC/GHC.

O Colegiado de Gestão do SSC representa o cenário do planejamento participativo já abordado por alguns autores até aqui, com diversos atores envolvidos no processo de decisão e na elaboração das metas para o serviço. Também estão evidentes os conflitos de interesses, as antinomias técnicas e administrativas relacionadas à autonomia dos profissionais de saúde na sua ação e a importância do agir comunicativo nesse cenário.

Entretanto, por mais que o Colegiado de Gestão tenha caráter deliberativo e representativo com trabalhadores de todas as instâncias do serviço, ainda assim não significa que as decisões tomadas por eles serão implementadas e executadas integralmente na prática do dia-a-dia das unidades do serviço e nas áreas de assessoria técnica. Necessitam, portanto, de alinhamento estratégico para que cada participante do colegiado possa comunicar de forma efetiva as metas do serviço, respeitando a autonomia local, mas tornando o processo de planejamento completo, sendo participativo e comunicativo desde a elaboração até a sua implementação. Para isso o processo de planejamento deve oferecer motivação suficiente para que



os integrantes do colegiado de gestão sintam-se protagonistas do processo, pois assim comunicarão da mesma forma aos demais trabalhadores, criando então sinergia organizacional.

O planejamento organizacional do SSC na perspectiva de alinhamento estratégico consiste em identificar se as metas organizacionais são transpostas e operacionalizadas no nível tático e local. E apontar os principais fatores desse processo no que tange seus pontos fortes e fracos, em um contexto institucional tão complexo permeando uma gestão que professa a participação como o modelo decisório mais eficaz e avançado para instituições profissionais como as da saúde, pois as pessoas estão implicadas na totalidade dos processos.

## **2 QUESTÃO DE PESQUISA**

Como se dá o processo de Planejamento Organizacional do SSC na perspectiva de alinhamento estratégico?

## **3 OBJETIVO GERAL**

Analisar o processo do planejamento organizacional do Serviço de Saúde Comunitária – SSC/GHC na gestão 2007-2008 em uma perspectiva de alinhamento estratégico.

### **3.1 *Objetivos Específicos***

- a) Identificar as etapas do processo de planejamento organizacional do SSC;
- b) Mapear o planejamento organizacional nos três níveis decisórios do SSC (estratégico, tático e operacional);
- c) Identificar a visão e estratégias de cada um dos níveis decisórios citados acima e seus processos internos.

- d) Evidenciar os fatores críticos inerentes às etapas do processo de planejamento organizacional do SSC;
- e) Evidenciar os fatores críticos do processo de planejamento organizacional nos níveis decisórios e processos internos do SSC;
- f) Evidenciar o grau de alinhamento estratégico do planejamento organizacional do SSC em relação às etapas e aos níveis decisórios.

## **4 METODOLOGIA**

Utilizando-se do conhecimento de vários autores, dentre eles, Tobar (2001), entende-se que a metodologia constitui-se na descrição formal dos métodos e técnicas a serem utilizadas na pesquisa, bem como os instrumentos e os procedimentos para análise dos dados, demonstram as etapas a serem seguidas para atingir os objetivos propostos.

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

O delineamento adotado para este estudo consiste em uma pesquisa qualitativa.

De acordo com Tobar (2001) a análise qualitativa é de grande utilidade para pesquisa em serviços de saúde, permitindo identificar percepções locais e prioridades de desenvolvimento, além de identificar estratégias relevantes de intervenção<sup>1</sup>. Este tipo de delineamento se caracteriza por interessar-se mais pelo cotidiano de um determinado processo e não tanto por fatos extraordinários, ao mesmo tempo em que tende a considerar os fenômenos sociais mais como particulares e ambíguos ao invés de considerá-los recorrentes e claramente definidos.

---

<sup>1</sup> Uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens e serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática, p. 31, Contandriopoulos et. al. (1997).

Esta pesquisa configura-se em um estudo de caso, devido à circunscrição de poucas unidades de análise, aplicando-se os resultados obtidos exclusivamente ao universo estudado. E de campo no que se refere à coleta de dados no local onde ocorrem os fenômenos e fatos, bem como documental e bibliográfica em virtude da fundamentação teórico-contextual do trabalho.

#### **4.2 Descrição do Método**

O Universo da pesquisa corresponde ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição no município de Porto Alegre – RS.

Os sujeitos da pesquisa são: o Gerente do SSC, a Coordenadora do SSC, a assessora de planejamento e gestão, os assistentes de coordenação das Unidades do SSC, representados no Colegiado de Gestão e alguns trabalhadores do nível operacional do SSC.

Preconiza-se para esse estudo os trabalhadores que estejam lotados no SSC e não serão considerados os trabalhadores que estão lotados a menos de seis meses.

Levando em conta o método qualitativo de estudo aqui abordado, que utiliza com frequência múltiplas fontes de dados, a coleta dos dados será oriunda de instrumentos de fontes primárias e secundárias.

Primeiramente será realizada a pesquisa bibliográfica, que sustentará o referencial teórico do estudo. Dar-se-á continuidade na busca dos mesmos temas de pesquisa a já abordados nesse projeto, tais como: estrutura das organizações, estrutura de equipes, processo decisório, alinhamento estratégico, planejamento participativo e estratégico. Serão consideradas as bibliografias de revistas e artigos de bases on-line nos últimos dez anos, bem como revistas, artigos e obras literárias impressas. Nas bases impressas, sendo artigos e revistas serão consideradas também as dos últimos dez anos, já as obras literárias poderão ser mais de dez anos dependendo do autor e da obra.

Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos da pesquisa descritos acima, através de questões semi-abertas e abertas, podendo utilizar-se da gravação das entrevistas, se assim for necessário.

A coleta documental consiste na pesquisa de todos os dados existentes e pertinentes ao estudo, nos anos de 2007 e 2008. Esta será realizada primeiramente de forma isolada por período anual e após estabelecer-se-á uma comparação entre os períodos, observando a evolução cronológica.

Visando o alcance dos objetivos desse estudo, para cada objetivo específico se aplica um ou mais dos instrumentos de coleta de dados descritos acima.

Para o primeiro objetivo específico farei uso da pesquisa documental sobre o processo de planejamento organizacional do SSC e também dos dados produzidos a partir das entrevistas.

No segundo e terceiro objetivos específicos, a coleta de dados terá como subsídio também coleta documental, mas principalmente as entrevistas semi-abertas, pois se estima haver uma preponderância de dados empíricos.

E finalmente, o quarto, quinto e sexto objetivos, serão as conclusões e evidências oriundas da análise realizada nos objetivos anteriores.

#### ***4.3 Processamento e Análise de Dados***

Esta é a fase seguinte à coleta de dados. Os dados primários, oriundos das entrevistas serão processados e analisados através do método de categorização, onde serão agrupados por categorias, visando contemplar os objetivos específicos dessa pesquisa.

As respostas das entrevistas serão agrupadas em categorias e após a categorização dos dados serão produzidos os resultados e conclusões do estudo com base nos demais dados produzidos pela coleta documental e revisão bibliográfica.

## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

Este é um estudo que não utilizará métodos invasivos na coleta primária de dados, portanto não oferece risco físico aos sujeitos da pesquisa.

Nessa pesquisa o cuidado maior será no que se refere ao sigilo, à integridade e legitimidade das informações fornecidas ao pesquisador através das entrevistas, onde estarão detalhadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido as informações sobre o método de coleta de dados para conhecimento do sujeito.

## **6 DIVULGAÇÃO**

A divulgação dos dados do projeto e posteriormente da pesquisa propriamente dita, se fará por meio de versões impressas do estudo, e poderão ser encontradas na Biblioteca do HNSC, bem como por meio da base de dados on-line do GEP e outras, se for de interesse, e em revistas científicas na área de administração, gestão em saúde e saúde coletiva.

## 7 CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

ATIVIDADES	2007		2008									
	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out
1- Construção do Projeto												
2- Revisão Bibliográfica												
3- Construção do Instrumento de Coleta de Dados												
4- Teste do Instrumento												
3- Coleta de Dados												
4- Sistematização dos Dados												
5- Análise dos Dados												
6- Redação Provisória												
7- Redação Final												
8- Entrega do Relatório												

## 8 ORÇAMENTO

MATERIAL UTILIZADO	QUANTIDADE	PREÇO
Papel A4	400 folhas	R\$ 20,00
Software de Construção de mapas e organogramas	01	R\$ 500,00
Gravador	01	R\$ 150,00
Gasto com impressora	400 páginas	R\$ 200,00
CDs	02	R\$ 10,00
Xerox	200 cópias	R\$ 50,00
Gastos com transporte	Ônibus – intraurbano	R\$ 100,00
Caderno para anotações	01 caderno	R\$ 10,00
Encadernação	300 páginas	R\$ 20,00
<b>TOTAL</b>		<b>R\$ 745,00</b>
<b>FONTE DE FINANCIAMENTO</b>	<b>Fundo de fomento à pesquisa GEP/HNSC ou do próprio pesquisador</b>	

## REFERÊNCIAS

ANGELONI, Maria Terezinha. Elementos Intervenientes na tomada de decisão. **Ci. Inf.**, n.1. Brasília, v. 32, jan.-abr. 2003, p. 17-22,

BAPTISTA, M.V. **Planejamento**: introdução à metodologia do planejamento social. 3.ed. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.

BRASIL (1). Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. **Legislação Federal e Estadual do SUS**. Porto Alegre: SES, 2000.

BRASIL (2). Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. **Regimento Interno do SSC**. Porto Alegre: SSC/GHC, 2008.

BRODBECK, Ângela Freitag, *et al.* Alinhamento entre objetivos organizacionais e Sistemas de Informação: Um estudo de casos múltiplos. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/enanpad/2003/dwn/enanpad2003-adi-0487.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2008.

CECÍLIO, L.C.O. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. [s.l], **Revista Espaço para a saúde**, 2002, n. 01, p. 4-26.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração: teoria, processo e prática**. 3.ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

D'AGOSTIN, Luiz Renato; FANTINI, Alfredo Celso. Medida da Convergência de Prioridades em Planejamento Participativo: Indicador de Sustentabilidade em Sistemas de Interesse – ISSI. Rio de Janeiro, **RER**, 2005, v.43, n. 03, p. 577-596.

**DECLARAÇÃO DE ALMA ATA**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 12 set. 2005.

GALAS, Eduardo Santos; PONTE, Vera Maria Rodrigues. **O *Balanced Scorecard* e o Alinhamento Estratégico da Tecnologia da Informação: um estudo de casos múltiplos**. São Paulo, USP, 2006, n. 10, p.37.

GANDIN, D.A. **A prática do Planejamento Participativo**: na educação e em outras instituições, grupos e movimentos dos campos cultural, social, político, religiosa e governamental. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

GHC – GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Unidades. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=2>. Acesso em: 21 mar. 2008.

ICD - INSTITUTO DA CRIANÇA COM DIABETES. Institucional: Convênio com o GHC. Disponível em: [http://www.icdrs.org.br/convenio\\_ghc.html](http://www.icdrs.org.br/convenio_ghc.html). Acesso em: 21 mar. 2008.

KAPLAN, Roberto S.; NORTON, David P. A Estratégia em Ação: balanced scorecard. 24ª impressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

KAPLAN, Roberto S; NORTON, David P. Mapas Estratégicos: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis. 09 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

LIMA, Juliano de Carvalho; FAVERET, A.C; GRABOIS, V. Planejamento participativo em organizações de saúde: o caso do Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Cad. de Saúde Pública, 2006, n. 03, p. 631-641.

MOTTA, P.R. **A ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001. **Norma Operacional da Assistência à Saúde / Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS)**.

OLAVES, Fabiana Souza. **Um estudo de caso: análise do processo operacional do programa Viva Nenê no município de Alvorada – RS**. Monografia (Graduação em Administração de Sistemas e Serviços de Saúde) – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, jan., 2006.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Planejamento Estratégico: conceitos, metodologia e práticas**. 22.ed. São Paulo: Atlas, 2006. 335 p.

RIVERA, Uribe Francisco Javier (Org). Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez Editora ABRASCO, 1989.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO/MS, 2002.

RODRIGUES, Edelves Vieira; RAUPP, Bárbara. **Projeto de Gestão Compartilhada 2005-2007: alguns aspectos de sua implementação**. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária, [s.d].

SCHRAIBER, Lilia Blima. *et al*. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Rio de Janeiro: **Ciência e Saúde Coletiva**, 1999, n. 2, p. 221-242.

TOBAR, Frederico. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

WITHAKER, F. **Redes: uma estrutura alternativa de organização**. 1998. Disponível em: [http://www.rits.org.br/redes\\_teste/rd\\_estrutalternativa.cfm](http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_estrutalternativa.cfm). Acesso em: 17 jun 2007.





## ANEXO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do GHC/Hospital Nossa Senhora da Conceição, situado à Av. Francisco Trein, 596, 3º andar, no Grupo de Ensino e Pesquisa, telefone (51) 3357.2093.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

- **Título do Projeto:** O Planejamento Organizacional do Serviço de Saúde Comunitária/GHC na perspectiva de alinhamento estratégico.
- **Contato c/ pesquisador responsável:** Serviço de Saúde Comunitária/Unidade Conceição, situada à Rua Álvares Cabral, 429. Fone (51)33572334 ou (51) 93150603.
- **Descrição da pesquisa, objetivos, detalhamento dos procedimentos:**

Este estudo tem por objetivo analisar o processo do planejamento organizacional do Serviço de Saúde Comunitária – SSC/GHC na perspectiva de alinhamento estratégico. Para se atingir esse objetivo o método escolhido é o qualitativo, com coleta documental de dados, revisão bibliográfica e entrevistas semi-abertas com duração de no máximo 01 hora, podendo ser gravadas se necessário

for, às quais referem-se diretamente à participação dos voluntários da pesquisa, ou seja, a você que concordar em participar deste estudo.

Quanto a eventuais riscos no decorrer da pesquisa, não serão utilizados métodos invasivos na coleta primária de dados, portanto não há risco físico aos sujeitos da pesquisa. No entanto, o cuidado maior será no que se refere ao sigilo, à integridade e à legitimidade das informações fornecidas ao pesquisador através das entrevistas, o qual estará assegurado nessa pesquisa, pois as entrevistas serão realizadas em lugar reservado e adequado para que se assegure o sigilo das informações fornecidas pelo voluntário.

Em relação aos benefícios decorrentes da participação na pesquisa, não há recompensa financeira, nem material, pois você está sendo convidado a participar como voluntário apenas. Os benefícios ficam por conta do incentivo e da colaboração para a produção de conhecimento científico na nossa instituição e em nosso país.

O período de participação na pesquisa inicia no momento do fornecimento das respostas às questões até o término do processamento de dados, pois pode ser necessário ao pesquisador recorrer ao voluntário para eventuais esclarecimentos das respostas.

Todas as informações fornecidas ao pesquisador pelo voluntário, estarão sob sigilo para uso exclusivo dessa pesquisa, tendo por objetivo único a produção de conhecimento científico, sendo facultado ao voluntário retirar esse consentimento a qualquer tempo.



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.  
Hospital Criança Conceição  
Hospital Cristo Redentor S.A.  
Hospital Fêmina S.A.



## CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ CPF/ n.º \_\_\_\_\_, cartão ponto n.º \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “O Planejamento Organizacional do Serviço de Saúde Comunitária/GHC na perspectiva de alinhamento estratégico”, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora FABIANA SOUZA OLAVES, RG nº 6074279958, sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer ônus.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2008.

---

**SUJEITO DA PESQUISA**