

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**  
**MESTRADO**

**LISIANE BÔER POSSA**

**MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO E ATORES SOCIAIS EM INSTITUIÇÕES  
HOSPITALARES:**

**O CASO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO - RS**

Porto Alegre

2007

**LISIANE BÔER POSSA**

**MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO E ATORES SOCIAIS EM INSTITUIÇÕES  
HOSPITALARES:**

**O CASO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – RS**

Dissertação de Mestrado em Sociologia  
Para obtenção do título de Mestre em Sociologia  
Universidade Federal de Rio Grande do Sul  
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas  
Pós-graduação em Sociologia  
Sociedade, Participação Social e Políticas Públicas

Orientadora: Soraya Maria Vargas Cortes

Porto Alegre

2007

LISIANE BÔER POSSA

**MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO E ATORES SOCIAIS EM INSTITUIÇÕES  
HOSPITALARES:**

**O CASO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – RS**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Sociologia e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Orientador: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Soraya Maria Vargas Cortes, UFRGS

Banca Examinadora:

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Marcelo Kunrath Silva, UFRGS

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Everton Soeiro, PUC - Campinas

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla, UCS

Porto Alegre, outubro de 2007.

## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é resultado da minha trajetória, principalmente dos muitos encontros da vida. Diz o poeta que “agente é tanta gente onde quer que agente vá”, e no caminho que percorri para a produção desse trabalho “muitas gentes” me acompanharam. Agradecer significa voltar “a todos os lugares em que passei”.

Volto a Santiago, onde nasci, para agradecer aos meus pais, Geraldo e Vera. O pampa, o vento minuano e os horizontes dessa terra foram porto, balanço, arrimo, por que vocês estão aí. Quero dizer a vocês que o curso de inglês e tantas outras coisas não fizeram falta. Sobrou garra para buscar, segurança para acreditar e o afeto. Vocês foram os mais crédulos, mão que abre a gaiola e amor que não prende o que tornou possível a andança por tantos lugares. A crença e o amor de vocês me tornam capaz. O exemplo de superação, de honestidade e de respeito não se ensina em cursos, vocês é que me ensinaram, e por isso dedico esse trabalho a vocês.

Volto a Jaguari, cidade da infância, para agradecer aos meus irmãos, Leandra e Fábio, que compartilharam, apoiaram e me propiciaram reviver os encontros mais lindos, tanto quanto os domingos na sanga, com a Julia, meu espelho de infância e da “inteireza” do amor, com o Silvio Otávio, que quebra a Santa, se supera e encanta sempre, e com o Davi que vence o Golias com risos e beijos.

Volto a Santa Maria, onde estudei, militei, curti a juventude e comecei minha vida profissional. Agradeço a Gecira, ao Alfredo, a Mauren, a Bela e a Isabel vocês foram como o vento norte, me trouxeram calor do verdadeiro companheirismo e desassossego para sonhar e viver a mudança. Agradeço a Sueli, cuja coragem é fortaleza e proteção como os morros dessa cidade, parceira para luta e para os sonhos da vida, que compartilhamos entre muitos, aos quais também agradeço: Denise, Soeli, Rosa, Tonho, Carla e todos os colegas da 4º Coordenadoria de Saúde.

Em Porto Alegre, onde estou, cidade do trabalho e concretude da vida de gente grande. Agradeço a Eneida, ao Nandi e ao Moreno, tão acolhedores quanto uma tarde na redenção. A cidade baixa, graças a vocês, foi um território conhecido de aconchego e pertencimento, imprescindível para enfrentar a incerteza e a impessoalidade da metrópole. Agradeço ao Gilberto, a Lectícia, a Maria Luiza, a Mariana e a Marta, sempre pude contar com vocês, foram apoio e incentivo como um de pôr-do-sol no Guaíba. Vocês construíram as experiências que tornaram possível esse estudo, com tantos outros trabalhadores e usuários do Grupo Hospital Conceição a quem também agradeço. Agradeço ao Éverton e ao José Maurício, vocês estavam lá, como os jacarandás e ipês, que até prevemos quando vão florir, mas surpreendem sempre, e positivamente na intensidade e na diferença da beleza que nos oferecem. Agradeço a Soraya, estive muito perdida nas ruas sem esquinas dessa cidade e na escrita desse trabalho. Para fazer essa dissertação contei contigo, foste mapa, sem definir rotas, mostrou-me as possibilidades e ajudou-me a achar os caminhos.

Vou também a todos os lugares em que já passei, falo de viagens, de descobertas, do desconhecido e do desejo de estar e produzir no mundo com outros, e a partir desses lugares agradeço ao Alcindo semeador de vontades e, sobretudo, cuidador para que se produzam encantos e infinitos laços.

De dentro de mim, um lugar abstrato onde me faço, sem definição precisa e sem geografia, agradeço ao Ivanor que nesse tempo se refez comigo e com quem me refaço.

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo compreender o surgimento dos mecanismos de participação nas instituições hospitalares. Mais especificamente procura identificar o papel e o impacto desses no envolvimento e nas relações entre os atores nestas instituições. A metodologia utilizada foi estudo de caso no Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. E através da pesquisa pode-se observar que os fóruns de participação existentes no hospital têm como papel incluir os usuários na organização. Constituem-se num espaço para apresentação dos interesses, demandas e negociação de consensos. Abrem a agenda da direção para os temas dos atores participantes. Possibilitam tornar público o debate das questões polêmicas. Favorecem a construção de alianças entre os atores e a construção de apoio político para o enfrentamento das questões em disputa cujas decisões ocorrem em outros espaços. Contribuem para a aprendizagem dos atores, a diminuição das assimetrias entre eles e a socialização das informações sobre o hospital. Também se observou que a existência de fóruns de participação contribuiu para alterar o envolvimento dos atores com o hospital e as relações entre eles. Pôde-se perceber que a criação de dispositivos de participação no hospital propiciou aos atores tradicionalmente excluídos e com menores recursos de poder, ou seja, usuários e demais trabalhadores, tanto maior envolvimento quanto relações mais horizontais com os demais atores. Ao mesmo tempo em que diminuiu a intervenção dos médicos na organização com o fortalecimento da administração em aliança com esses outros atores.

Palavras-chave:

Participação social. Participação em hospital. Relações sociais em hospital. Políticas de saúde.

## ABSTRACT

This work has as its objective understanding the appearance of the mechanisms of participation in hospital institutions. More specifically it looks to identify the role and the impact of these mechanisms in the case of the *Grupo Hospitalar Conceição*, in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. And through the research we can observe that the existent participation forums have as their role: to include the users in the organization; a space is constituted in for presentation of interests, demands and negotiation of consensus; it opens the agenda of the direction for the themes of the actors that participate; it makes it possible to publicize the debate of polemic questions. They favor the construction of alliances between the actors and construction of political support for the confronting of disputed questions whose decisions occur in other spaces; it contributes to the learning of the actors and diminishes the asymmetries between them; and they socialize the information about the hospital. It was also observed that the existence of forums of participation contributes to altering the involvement of the actors with the hospital and the relationships between them. It can notice that the creation of dispositives of participation in the hospital, it propitiated the traditionally excluded actors and lesser power resources, in other words, users and other workers, much more involvement as more horizontal relationships with the other actors. At the same time in that it diminished the intervention of the doctors in the organization with the invigoration of the administration in alliance with these other actors.

Key-words: Social participation- Participation in hospital- Health politics.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 O HOSPITAL: COMO ORGANIZAÇÃO E COMO INSTITUIÇÃO.....</b>	<b>9</b>
2.1 A Teoria das Organizações e o Hospital.....	9
2.2 O Institucionalismo Histórico e o Hospital.....	18
<b>3 MÉTODOS E TÉCNICAS DA PESQUISA.....</b>	<b>22</b>
<b>4 AS POLÍTICAS DE SAÚDE E OS HOSPITAIS .....</b>	<b>25</b>
4.1 Caracterização e mudanças no campo da saúde e nos hospitais no período do Brasil colônia ao início da previdência Social – 1500 a 1920.....	25
4.2 Caracterização e mudanças no campo da saúde e nos hospitais no período da criação da previdência social à sua unificação – 1920 a 1966.....	28
4.3 Caracterização e mudanças no campo da saúde e nos hospitais no período da ditadura – 1964 a 1980.....	31
4.4 Caracterização e mudanças no campo da saúde e nos hospitais a partir da reforma sanitária – 1980 a 2006.....	39
<b>5 O GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: HISTÓRICO E DESCRIÇÃO DOS COLEGIADOS E MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO.....</b>	<b>51</b>
5.1 Conselho Gestor .....	55
5.2 Conselho de Administração .....	56
5.3 Plano de Investimento .....	57
<b>6 O PAPEL DOS COLEGIADOS E MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO .....</b>	<b>59</b>
6.1 Conselho Gestor: como se organiza, quais os atores com poder, qual o poder e o papel no hospital .....	60
6.2 Conselho de Administração: como se organiza, quais os atores com poder, qual o poder e papel no hospital.....	78
6.3 Plano de Investimento - como se organiza, quais os atores com poder, qual o poder e seu papel no hospital.....	89
<b>7 AS MUDANÇAS NO ENVOLVIMENTO COM O HOSPITAL E NAS RELAÇÕES ENTRE OS ATORES .....</b>	<b>101</b>
7.1 O Envolvimento dos Atores com o Hospital.....	101
7.2 As Relações entre os Atores .....	106
<b>8 CONCLUSÃO.....</b>	<b>112</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>117</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O tema desta investigação é a criação de mecanismos de participação nos hospitais e o seu funcionamento. Pretende-se analisar o papel de dispositivos participativos organizados em instituições hospitalares. Os hospitais são instituições consideradas fundamentais no setor saúde, cuja legitimidade social adquirida durante a modernidade se justifica no papel socialmente atribuído a estas organizações de cura e de cuidado dos doentes. Outros aspectos que contribuíram para a consolidação destas instituições como organizações com reconhecido poder no setor da saúde foram a incorporação de tecnologia e a tecnificação operada pela razão científica médica ocorrida ao longo do Século XX, na área da saúde, as quais tiveram como principal espaço de realização o hospital.

Embora médicos e administradores sejam considerados atores centrais na estrutura de poder dos hospitais, fóruns participativos vêm sendo criados nessas organizações. Esses fóruns congregam também atores, internos e externos às instituições hospitalares, tais como representantes dos trabalhadores, usuários e gestores do sistema de saúde representando Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministério da Saúde.

Desde 2004 o Ministério da Saúde Brasileiro vem propondo que os hospitais incorporem e institucionalizem a participação destes outros atores em seus processos decisórios (Ministério da Saúde, 2004). Agências internacionais de saúde e principalmente a Organização Pan-Americana de Saúde têm preconizado a transformação da gestão hospitalar no sentido de torná-la mais transparente e de incorporar a participação de diversos atores em seus processos decisórios. Os hospitais deveriam ser orientados para o usuário, buscar melhoria contínua, excelência e autonomia responsável em um contexto de coordenação e integração em redes, gestão contratual, pluralismo financeiro, participação social, transparência e responsabilidade. Ou seja, a participação passa a ser considerada como um elemento fundamental para a gestão dos hospitais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

De outro lado, as próprias organizações hospitalares têm instituído mecanismos de participação tais como ouvidorias, participação dos familiares no cuidado, grupos de voluntários. No entanto, há resistências à inserção de outros atores no processo decisório dos hospitais. Dirigentes e a maior parte dos profissionais dos hospitais tendem a ser refratários à idéia de participação e de “interferência externa” na definição de prioridades e na gestão do

processo de trabalho, ou seja, no processo de decisão.

Um exemplo disso foi o caso dos hospitais do Rio Grande do Sul. Em 2001, quando a Secretaria Estadual de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde propuseram a formação de Conselho Gestores com a participação de usuários e gestores do sistema nos hospitais como critério para o recebimento de recursos do Projeto Saúde Solidária. Na ocasião, as administrações dos hospitais filantrópicos recorreram à justiça para impedir a formação desses dispositivos. Argumentavam que, como organizações privadas, mesmo que financiadas com recursos públicos, não deveriam sofrer interferência desses atores (SES, 2001).

Neste trabalho, todos os atores envolvidos com o hospital são considerados participantes: administradores, usuários, trabalhadores, profissionais, gestores do sistema. Por fóruns participativos compreendem-se os mecanismos e instâncias coletivas institucionalizadas de participação destes atores.

Esta pesquisa colaborará para compreender o surgimento das experiências de participação em hospitais e a finalidade institucional e política que os fóruns e mecanismos de participação aí desempenham. As práticas de participação nestes serviços precisam ser investigadas, no sentido de esclarecer como surgem e quais as suas características.

O problema da pesquisa que orientou a investigação aqui apresentada foi o papel que os mecanismos de participação coletivos que incluem novos atores nos hospitais desempenham nestas instituições. Para responder a essa problemática foram elaboradas ainda as seguintes indagações:

1. Quem são os atores com poder nesses fóruns?
2. Como os fóruns influenciam os processos decisórios do hospital?
3. Qual a influência dos fóruns no envolvimento dos atores com a instituição?
4. Qual o impacto dos fóruns nas relações entre atores?

Estão em pauta três ordens de questões distintas, mas interligadas. As perguntas apresentadas nos itens “1” e “2” dizem respeito ao poder desses instrumentos de participação nos hospitais. Ou seja, busca-se compreender a relação desses mecanismos de participação coletivos com os processos decisórios do hospital. As perguntas “3” e “4” objetivam esclarecer o modo como esses dispositivos de participação, quando institucionalizados, influenciam o envolvimento dos atores com a instituição e as relações internamente nos hospitais.

Uma vez definida a problemática de pesquisa, cumpre estabelecer os instrumentos teóricos que servirão de suporte para a realização do trabalho empírico.

## **2 O HOSPITAL: COMO ORGANIZAÇÃO E COMO INSTITUIÇÃO**

Para o tratamento analítico dos problemas de pesquisa, o referencial teórico escolhido é originário do terreno da teoria das organizações e do institucionalismo histórico. Para estudar a participação nos hospitais, é necessário compreender o que é um hospital. Essa questão, num primeiro momento parece carecer de sentido, visto que o hospital se apresenta praticamente como um conceito auto-explicativo – o lugar da cura. Sobre uma perspectiva história nem sempre foi dessa forma; mesmo na atualidade essa organização tem sido questionada. O objetivo aqui é fazer algumas reflexões à luz da teoria para se construir a noção de hospital com que este estudo irá trabalhar e compreender melhor esta organização.

### **2.1 A Teoria das Organizações e o Hospital**

As teorias das organizações auxiliam nesta análise. Através delas é possível superar a visão de que as organizações são naturais e auto-evidentes, inserindo-as no contexto histórico, como resultado de processos sociais nos quais atores tornam-se agentes e realizam escolhas. Essas teorias apontam à necessidade de que as organizações sejam compreendidas como produção social em condições históricas específicas e no contexto de relações de poder específicas (ALVESSON e DEETZ, 2006, p.239).

As organizações são tanto objetos empíricos, no sentido de objetos da realidade, quanto um discurso teórico, visto que seus aspectos organizacionais são representados. Os meios de representação, as características julgadas salientes, tanto as explicitadas quanto as ignoradas, não são atributos da organização, mas das representações que dela se fazem. As organizações são processos sociais, locais das ações sociais dos indivíduos (CLEGG e HARDY, 2006, p.32 e 33).

Há possibilidades diversas de se compreender e explicar os hospitais oriundos das teorias das organizações, visto que estas, segundo Reed (2006, p.66), constituem um campo de conflito entre diferentes formas de compreender as organizações. Ele realizou uma síntese das principais teorias, síntese que será aqui exposta com o objetivo de definir qual o conceito de organização a ser empregado nesse trabalho para análise das relações sociais que ocorrem no âmbito do hospital.

As narrativas analíticas em análise organizacional, segundo esse autor, podem ser

sintetizadas em seis modelos de interpretação: Racionalidade, Integração, Mercado, Poder, Conhecimento e Justiça. Ele apresenta uma síntese dos modelos interpretativos das organizações:

[...] tais modelos desenvolvem uma relação dialética com os processos históricos e sociais, como formas contestadas e pouco estruturadas de conceitualizar e debater aspectos-chaves da organização. Cada um deles é definido com vistas à problemática central em torno da qual eles se desenvolveram e ao contexto histórico-social em que foram articulados (REED, 2006, p.66).

O primeiro modelo de interpretação das organizações seria o **racionalismo**. Segundo Reed (2006, p.65), as teorias das organizações clássicas, administração científica e teoria das decisões são os principais exemplos dessa abordagem, e os inspiradores da vertente racionalista seriam Taylor, Fayol e Simom. Esta vertente interpretativa tem como problemática principal a ordem, num contexto de transformação da sociedade feudal para a industrial. Nessa perspectiva, a organização, construída racionalmente, é um mecanismo para a superação dos problemas coletivos. As leis científicas e de administração substituem os valores e emoções humanas e serão orientadoras da sociedade e das unidades organizacionais que a constituem. Dessa forma,

[...] os problemas sociais, políticos e morais podem ser transformados em problemas de engenharia passíveis de soluções técnicas [...] Uma vez aceito esse mapa, legitimou-se uma visão das organizações como unidades sociais independentes e autônomas, acima de qualquer avaliação moral ou debate político (REED, 2006, p.67).

O modelo de interpretação da **integração** tem como centro da sua problemática o consenso. Os principais autores de referência para essa perspectiva de análise das organizações são Durkheim, Barnard, Mayo e Parsons e os exemplos dessa abordagem sobre as organizações seriam as teorias de recursos humanos, neo-recursos humanos, funcionalismo, teoria da contingência, teoria sistêmica e cultura corporativa. (REED, 2006, p.65). Essa vertente centra sua crítica na incapacidade de a organização racional responder aos problemas da integração social. Propõe uma perspectiva alternativa para o poder e a autoridade, na qual as organizações combinem estes com sentimento de comunidade dos seus membros. Foi durante a construção do estado de bem estar social na Europa que este tipo de interpretação sobre as organizações teve destaque.

Tanto na perspectiva racionalista quanto na da integração, o conflito é considerado como sintoma de anormalidade na sociedade. As organizações seriam as unidades sociais intermediárias responsáveis pela integração dos indivíduos sob a tutela de administrações

benevolentes e socialmente hábeis. A organização é vista como sistema social que facilita a integração dos indivíduos na sociedade e como uma necessidade para a sobrevivência das ordens societárias. Há uma despolitização dos processos de tomada de decisão, já que estes estão orientados para a busca da adaptação funcional da organização ao seu meio. Desse modo os processos políticos são relegados à margem da análise das organizações:

Ao manter as ressonâncias ideológicas mais amplas da teoria dos sistemas, a concepção converte conflitos de valor sobre fins e meios em questões técnicas que podem ser “resolvidas” por meio de um projeto eficaz de sistema e de administração (REED, 2006, p.71).

O **mercado** como um modelo interpretativo das organizações tem como centro das análises a temática da liberdade. As teorias que exemplificam essa abordagem seriam as seguintes: “Teoria da firma, economia institucional, custos de transação, teoria da atuação, dependência de recursos, ecologia populacional e teoria organizacional liberal” (REED, 2006, p.65). Essas teorias se baseiam nas premissas de que as condições externas do mercado, com sua lógica evolucionária, precisam ser compatibilizadas nas formas administrativas internas das organizações, para garantir a eficiência e sobrevivência das mesmas. Assim as ações individuais e coletivas nas organizações estariam subordinadas à lógica de mercado. São perspectivas que consideram que as organizações não podem ser alteradas a partir da ação dos indivíduos, pois os projetos, funcionamento e desenvolvimento das organizações responderiam a forças universais:

Essa forma unitária de conceber a organização é inteiramente compatível com um contexto político e ideológico mais amplo, dominado por teorias neoliberais de organização e controle da sociedade, que elevam as “forças impessoais do mercado” à categoria analítica de universalidades ontológicas determinando as chances individuais e coletivas de sobrevivência (REED, 2006, p.74).

O modelo de interpretação do **poder** tem como foco a dominação e contrasta com os demais modelos de análise anteriormente apresentados. Nesta perspectiva, a “organização é uma arena de interesses e valores conflitantes, constituída pela luta de poder” (REED, 2006, p.74). Tem como uma das referências a sociologia da dominação de Weber e o conceito relacional de poder que é considerado um recurso ou uma capacidade distribuída diferenciadamente entre os atores. As análises localizam as formas institucionais e os mecanismos que possibilitam que o poder seja alcançado, convertido em rotina e contestado.

Uma vertente importante do modelo de interpretação que localiza o poder nas organizações é a perspectiva de análise processual do poder que foca os processos micropolíticos, inspirada principalmente nos trabalhos de Foucault. Esta abordagem tende a

concentrar-se nas tentativas de inverter o equilíbrio de vantagens entre os diversos interesses sociopolíticos, mais especificamente nos “processos de interação, ou micropolítica, por meio dos quais as relações de poder são temporariamente sedimentadas em estruturas de autoridade mais permanentes e estáveis” (REED, 2006, p.75).

O **conhecimento** como modelo de interpretação das organizações tem como problemática principal a questão do controle. As principais perspectivas que ilustram essa corrente de análise das organizações são o etnométodo, cultura organizacional, pós-estruturalistas, teoria do ator-rede, e os autores de referência são Foucault e Garfinkel:

O foco da pesquisa encontra-se na “ordem interacional” que produz a organização e os estoques de conhecimentos por meio dos quais agentes se envolvem em práticas situacionais que constroem as estruturas e que reproduzem a ‘organização’ (REED, 2006, p.77).

Essa abordagem das organizações se diferencia dos modelos anteriormente expostos na medida em que rejeita a análise totalizante dessas. Tem como centro os processos de produção de conhecimento pelos quais as organizações são reproduzidas. Muda o foco da análise organizacional para um nível micro do ordenamento ou rotinização social:

Concentram-se nos mecanismos por meio dos quais os membros organizacionais tentam impor ordem à “organização”, ratificam a idéia de que a organização é “a condensação de culturas locais de valores, poder, regras, critério e paradoxo” (REED, 2006, p.78).

O modelo interpretativo que enfatiza a **justiça** nas organizações considera central a questão da participação nas organizações. A partir da crítica da análise organizacional que focaliza os aspectos da vida local da organização, recoloca a problemática das formas institucionais. Seriam as perspectivas teóricas do “novo institucionalismo” que “reavivam uma concepção da organização como um estrutura institucionalizada de poder e autoridade que está acima das micropráticas localizadas dos membros organizacionais” (REED, 2006, p.79). Enfatizam as práticas que permeiam as estruturas e os processos organizacionais e revelam o “papel estratégico das lutas de poder entre os atores institucionais com o objetivo de controlar ‘a formação e reforma dos sistemas de regras que guiam ação política e econômica’.” (REED, 2006, p.79).

As análises sobre o hospital que tem tido maior destaque utilizam o modelo interpretativo que enfatiza o poder (CARAPINHEIRO, 1998). Ou seja, buscam identificar na organização hospitalar as relações de poder que se estabelecem entre os diversos atores. Carapinheiro (1998) fez uma síntese das análises e explicações para as instituições

hospitalares.

Para enfocar as relações de poder no hospital, essa autora destacou aquelas teorias que relacionam os hospitais à teoria da burocracia racional de Weber. Inúmeros autores buscaram compreender estas organizações a partir dos conceitos dos princípios racionais-legais de uma burocracia (CARAPINHEIRO, 1998, p.46).

Segundo Carapinheiro, para Goss (1963) e Smith (1970), os hospitais não podem ser considerados como organização burocrática típica, pois têm “[...] como um traço específico [...] o poder e autonomia profissional que os médicos detêm, apesar da existência de uma estrutura administrativa burocrática” (1998, p.46). São organizações que apresentam um ‘sistema dual de autoridade’, identificado por Smith (1970) pela coexistência de relação de conflito entre a autoridade racional-legal da burocracia e a autoridade carismática exercida pelos médicos.

Bucher e Stelling (1969), no entanto, questionam a capacidade de explicar as estruturas de saúde e os hospitais a partir da teoria da burocracia e a utilidade de conceitos como hierarquia e autoridade para interpretar o que ocorre nos serviços de saúde. Eles propõem a utilização dos conceitos de “autonomia elástica”, “responsabilidade” e “monitoring”. A autonomia profissional dos médicos é fundamental deste ponto de vista para compreender as peculiaridades da organização das instituições hospitalares (CARAPINHEIRO, 1998, p.50 e 51).

O conflito entre profissionalismo e burocracia racional-legal de Weber, segundo Friedson (1970), é de autoridade e não de racionalidade, pois na burocracia a autoridade resulta do poder formal e no profissionalismo reconhece-se como autoridade apenas a competência baseada no saber formal e na especialização técnica. O autor considera inadequada a análise exclusiva das organizações predominantemente profissionais através do modelo da organização burocrática. Assinala que a existência desta hierarquia de competência, baseada no poder dos profissionais, é quase tão definitiva quanto a hierarquia administrativa e produz o mesmo efeito burocrático na experiência de outros trabalhadores e dos doentes. Ou seja, a hierarquia advinda da competência institucionalizada de uma profissão dominante é tão problemática quanto a da burocracia, não se constituindo em alternativa ao caráter arbitrário desta (CARAPINHEIRO, 1998, p.51 a 54).

Dentre as críticas à abordagem do hospital como uma burocracia e à sua adequação ao tipo-ideal de Weber, destaca-se o argumento de que não há problematização da relação entre a estrutura e o comportamento. Ao tratar como coisas distintas a estrutura organizacional (a

padronização, regularização e controle dos seus membros) e os valores, ideologias e comportamento dos membros da organização, não permite que as estruturas informais de autoridade, bem como a cultura informal da organização sejam identificadas e analisadas, ignorando as possíveis influências que tenham na própria estrutura e nas suas mudanças (CARAPINHEIRO, 1998, p.57 e 58).

Esta abordagem apresenta a disputa entre os atores ligados à burocracia tradicional, administradores, e os médicos nas instituições hospitalares. Apesar da disputa dos administradores pela dominância nestas organizações, os médicos são reconhecidos com mais poder. Este poder é atribuído ao saber formal e da especialidade, em última análise ao conhecimento sobre a cura que lhes confere autonomia para desenvolver suas atividades.

A inclusão de outros atores que não médicos e administradores nos processos de decisões dessas instituições que é a problemática dessa pesquisa aponta um aspecto novo a ser investigado que esta abordagem apresentada do hospital não considera, visto que centram sua perspectiva de análise na disputa dos atores, médicos e administradores, internamente nessas instituições.

O conceito de “instituição total” de Goffman aponta para a perspectiva de análise da organização não formal que existe nos hospitais. Através deste conceito é possível verificar as rupturas desta instituição com o mundo exterior e entre os profissionais e doentes. Nesta perspectiva, o hospital tem traços de instituição totalitária, tais como o isolamento do doente, a organização do espaço físico, o cumprimento das normas hospitalares e a valorização de comportamentos com base em uma única referência, qual seja, uma ideologia centrada na doença/cura. Entretanto, o isolamento do doente durante a hospitalização nunca é total. Ele pode, por iniciativa individual, interromper a internação e não há exclusão da vida social como resultado da saída, pois pode dar continuidade aos projetos interrompidos pela internação (CARAPINHEIRO, 1998, p.55 e 56).

O hospital possui o que Goffman identificou como “áreas de bastidor”, de interação e trabalho que não seguem as regras e normas definidas pela autoridade de direção da administração burocrática. Sendo que as análises sobre os valores, comportamentos e ideologias dos membros da organização acabam por questionar o modelo da burocracia racional de Weber como único para explicar as instituições hospitalares (CARAPINHEIRO, 1998, p.57 e 58). A perspectiva de Goffman auxilia na percepção da importância da análise dos aspectos informais das organizações hospitalares e das posições e comportamentos dos seus membros que não explicam a organização na sua totalidade, mas sinalizam para um

elemento relevante da mesma.

Esta abordagem resgata outro ator que faz parte da organização hospitalar, qual seja, os usuários, doentes, pacientes. Identifica estes numa posição de subordinação, mas com capacidade de produzir resistências, ao menos nos micro-espços. A denúncia desse processo de dominação é um dos argumentos utilizados pelos atores que defendem a inserção dos usuários em mecanismos de participação destas organizações.

Para Foucault, o hospital médico que se origina durante o século XVIII, a partir da intervenção médica e da disciplinarização no seu espaço, é concebido como o lugar da cura, sendo o médico o principal responsável pela sua organização. O hospital é reformado neste período, passando a ocupar outro lugar no espaço urbano, reorganizando seu espaço interno para que se tornasse medicamente eficaz. Também se torna estrutura de apoio ao enquadramento da população pelo pessoal médico. Transforma-se num lugar de acumulação e desenvolvimento do saber. Desta forma, a tecnologia hospitalar propicia que o indivíduo e a população se constituam em objetos de saber e alvos de intervenção da medicina (FOUCAULT, 1989).

Foucault identificou no nascimento dos hospitais a organização de um poder disciplinar: o biopoder. Através da racionalidade medicalizante e biologicista, os hospitais seriam as instituições nas quais tal poder/saber se estabelece e legitima, tendo no médico o seu principal ator e representante. Para este autor, é a disciplinarização do espaço do hospital que possibilita sua medicalização. As razões econômicas, ou seja, o preço atribuído ao indivíduo e o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicariam em parte este processo de disciplinarização. Foucault também salienta que, para este poder disciplinar e tornar-se poder médico, foram necessárias transformações neste saber. A doença passou a ser considerada como fenômeno natural. O modo de cura se direcionou para o meio que circunda o doente.

Esses dois processos, disciplinarização do espaço hospitalar e deslocamento da intervenção médica, é que possibilitaram que o hospital passasse a ser concebido como instrumento de cura. Segundo Foucault, criava-se o hospital médico, profissional que se tornou o principal responsável pela organização hospitalar. A formação de médicos passou a ocorrer nos hospitais, transformado em lugar de formação e transmissão do saber.

Além disso, no hospital médico:

[...] é o indivíduo que será observado, seguido, conhecido e curado. O indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médicos. Mas, ao mesmo tempo, pelo mesmo sistema do espaço hospitalar disciplinado, se pode observar

grande quantidade de indivíduos. [...] O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar. (FOUCAULT, 1989, p.111).

Para Foucault, através de uma micropolítica da disciplina, considerada uma tecnologia de poder, o hospital configura-se como um aparelho de controle, disciplinarização e regulação das pessoas para a conformidade. As formas de poder dominante, neste caso médico, por estarem investidas, colonizadas e ligadas à tecnologia da disciplina, estendem sua influência na sociedade e aumentam sua eficácia no controle dos corpos.

Nesta perspectiva teórica, o funcionamento das tecnologias disciplinares, bem como as relações de poder são as categorias principais para a análise das instituições hospitalares. Apesar de reconhecer o poder médico como importante para a compreensão dessas organizações, há outros mecanismos de poder a serem considerados para o entendimento institucional do hospital, dentre eles as possibilidades de resistência, oposição e crítica à dominação médica.

Já o interacionismo simbólico seria uma das perspectivas de análise da organização identificada por Reed (2006), que prioriza a questão do conhecimento. Ao questionar as teorias de determinação estrutural das condutas organizacionais, apresenta a teoria da ordem negociada, para a qual todos os arranjos sociais são resultados de processos de interação e negociação. Através de três conceitos básicos, busca-se explicar o que seria a ordem negociada presente em todas as ordens sociais, quais sejam: 'negociação', que são a interação e estratégias dos participantes; 'contexto de negociação', que é o lugar onde estas acontecem e 'contextos estrutural' que são as condições estruturais que transcendem os contextos de negociação (CARAPINHEIRO, 1998, p.64).

Segundo Strauss (1963), os hospitais seriam os lugares de um complexo processo de negociações entre as pessoas, principalmente os profissionais, para que seus objetivos individuais sejam atendidos, de acordo com uma divisão do trabalho estabelecida por objetivos institucionais explícitos ou não. O hospital seria o resultado destes processos de negociação, sendo que os aspectos temporais e padronizados dos processos negociativos identificados nestas organizações poderiam explicar a natureza da ordem negociada que se estabelece (CARAPINHEIRO, 1998, p.62 e 63).

Desse modo, incorporam-se outros profissionais que não médicos às dinâmicas das relações sociais que ocorrem nas instituições hospitalares. Esta teoria apresenta, portanto, a necessidade de análise das relações entre outros atores nas organizações hospitalares.

Dentre as críticas a esta perspectiva, Benson (1977) e Day e Day (1977) apontam a

negligência aos limites estruturais e à compreensão da estrutura social, limites que constroem ou condicionam o processo de negociação. Ao não examinar as questões do poder e da política, o interacionismo simbólico tem dificuldade em abordar questões macrossociológicas como a história e a estrutura (CARAPINHEIRO, 1998, p.65 e 66).

As abordagens teóricas anteriormente explicitadas identificam o hospital como produtor e produto de relações de assimetria e hierarquia entre os atores. O tema desta pesquisa são os processos de participação na organização hospitalar. Focaliza, particularmente, a inclusão de atores que tradicionalmente estão fora dos processos de decisão organizacional e busca identificar as possibilidades de horizontalização das relações assimétricas identificadas entre os atores. Indaga-se de que modo usuários, trabalhadores não médicos e gestores do sistema passam a participar da organização hospitalar, tendo em vista a implantação de mecanismos participativos.

Nesta pesquisa, considera-se que as formas e práticas institucionais são resultado dos conflitos, contradições e ambigüidades dos interesses dos atores no interior das instituições, mas estas não se explicam apenas no comportamento organizacional. Estão relacionadas aos contextos macrossociológicos dos processos culturais e políticos em que são construídos e mobilizados os interesses e valores dos atores que defendem e constroem certas lógicas organizacionais e não outras. Nesse sentido a (re)produção local de práticas nas organizações precisa ser explicada através do posicionamento histórico, estrutural e contextual dos valores e interesses de atores coletivos.

#### Segundo Reed:

A narrativa da estrutura/análise sobre justiça e democracia organizacional busca reconectar o estudo dos discursos e das práticas localmente contextualizados com ordens de poder, de autoridade de controle institucionalizados, que têm racionalidade social e dinâmica histórica específicas. Estas por sua vez, não podem ser entendidas ou explicadas por meio de um foco limitado na interação dos eventos “cotidianos” (2006, p.81).

Dessa forma, para se entender a participação no hospital, é necessário verificar tanto a prática de participação nos fóruns institucionalizados quanto as racionalidades e as estruturas institucionais mais gerais onde essas práticas estão situadas. A participação, como possibilidade de interferir nos processos de decisão na instituição, é tanto resultado da ordem negociada entre os atores quanto das suas perspectivas de controle e das suas estratégias de poder.

## 2.2 O Institucionalismo Histórico e o Hospital

O institucionalismo histórico, uma das correntes do novo institucionalismo, é uma das teorias que busca compreender as instituições, sua manutenção e mudança, que servirá de base para esta análise.

Segundo Hall e Taylor (2003, p.194), para o institucionalismo, as instituições são o resultado dos conflitos de interesses entre os grupos sociais pelos recursos que são escassos. No estudo do funcionamento e do desenvolvimento das instituições, os analistas que se utilizam desta abordagem teórica buscam apreender como estas repartem o poder de forma diferenciada entre os indivíduos e grupos sociais, ou seja, como ocorrem as assimetrias de poder (HALL e TAYLOR, 2003, p.196-199).

Em primeiro lugar, é necessário esclarecer que se parte do princípio que o hospital é uma instituição, pois é inerente à sua estrutura organizacional um conjunto de regras, de protocolos, procedimentos e convenções oficiais e oficiosas que estruturam a forma como se promove o cuidado em caso de doença. É uma organização formal que edita regras e convenções de como se tratará da questão da cura na sociedade (HALL e TAYLOR, 2003, p. 196).

O hospital se desenvolve, desde a Idade Média, como o resultado dos conflitos de interesses. Serviu como local de exclusão para aqueles grupos que definitivamente não estavam adequados ao convívio social e de “reclusão” para aqueles que temporariamente ameaçavam a ordem social. A medicalização do hospital, identificada por Foucault, o aponta como disciplinador dos corpos doentes, tendo os médicos como seu “guardião”, com a concordância do Estado.

O hospital é o lugar da cura e também do médico e de seu poder-saber. Desta forma o hospital é uma instituição que garante acesso desproporcional dos indivíduos aos processos de decisão sobre o adoecimento e a cura. O processo de inclusão de novos atores através de dispositivos institucionais de participação coletiva é um processo de mudança que, nesta análise, é considerado como resultado das lutas pelo poder dos atores envolvidos com o hospital num contexto institucional dado. Este processo, por sua vez, afeta o modo como os indivíduos se relacionam no contexto institucional.

Considera-se que, em última análise, é por intermédio das ações dos indivíduos que as instituições exercem influência sobre as situações políticas. Dessa forma o hospital, como todas as instituições, é um produto da ação dos homens, e cabe refletir sobre o porquê do

formato institucional que os hospitais adquirem e as mudanças e permanências nessas instituições.

Segundo o institucionalismo histórico, a criação, a manutenção e o papel das instituições podem ser explicados tanto numa perspectiva calculadora quanto cultural. No primeiro caso, considera-se que as instituições se mantêm e se modificam para responder às problemáticas coletivas, trazendo benefícios aos atores sociais. No segundo considera-se que as instituições fornecem modelos cognitivos e morais que permitem a interpretação e a ação, afetando a identidade, a imagem de si e as preferências que guiam a ação dos atores (HALL e TAYLOR, 2003, p.196-199).

Dessa forma, na perspectiva calculadora, o hospital é uma instituição que surge e se mantém a partir da sua capacidade de responder a problemas coletivos. Ou seja, na medida em que disciplina os corpos doentes e promove cura, torna possível ganhos aos atores sociais. A supremacia do hospital como lugar da cura é resultado da relação entre os grupos de interesse que dele fazem parte e com ele se relacionam, sejam médicos, administradores, demais trabalhadores, usuários ou governos, principalmente os ganhos que esta instituição confere a estes atores.

A permanência do hospital como instituição pode ser explicada pela abordagem cultural, pois ela é tão convencional que escapa ao questionamento direto. Sendo uma construção coletiva, as regras e normas das instituições hospitalares não podem ser transformadas pela ação individual, e essas regras e normas, estruturam as posições que os indivíduos possam adotar nas relações entre si.

No entanto, verifica-se que, apesar da permanência dessas instituições, há mudanças no que diz respeito à inserção de mecanismos que procuram abrir espaços para outros atores nos hospitais. Esse processo de mudança é bastante recente no Brasil e ainda incipiente nas organizações hospitalares, sendo poucas as instituições que têm esses dispositivos de participação. Mas é um processo que precisa ser compreendido, no sentido de explicar se e como os hospitais estão produzindo esse novo formato institucional.

Para os institucionalistas históricos, o olhar sobre o desenvolvimento institucional precisa considerar as trajetórias e as situações críticas. Eles defendem uma causalidade social dependente da trajetória percorrida, “path dependent”, pois as instituições seriam como paisagens relativamente permanentes e um dos principais fatores que mantêm o desenvolvimento histórico sobre um conjunto de “trajetos”. Nesse sentido, consideram que as políticas herdadas estruturam as decisões ulteriores, ou seja, as políticas adotadas no passado

condicionam as políticas, ao encorajarem as forças sociais a se organizarem segundo certas orientações de preferência a outras, a adotarem identidades particulares (HALL e TAYLOR, 2003, p.200-201).

No entanto, reconhecem e buscam distinguir, no fluxo dos eventos históricos, períodos de continuidade e “situações críticas”, que são os momentos nos quais mudanças institucionais importantes se produzem, criando desse modo bifurcações que conduzem o desenvolvimento de um novo trajeto que, segundo os institucionalistas históricos, surgem pelo desenvolvimento econômico-social e pelo aparecimento de novas idéias (HALL e TAYLOR, 2003, p.202).

As políticas de governo para saúde e área hospitalar, no decorrer da história, mesmo que não explícitas em planos e projetos, auxiliam na compreensão do formato institucional destas organizações na atualidade e na identificação dos principais atores envolvidos na saúde e que se relacionam com as organizações hospitalares. Considera-se relevante reconhecer o papel do Estado nestes processos de mudança e conservação institucionais. “Estado não era mais um agente neutro arbitrando entre interesses concorrentes, mas um complexo de instituições capaz de estruturar a natureza e os resultados dos conflitos entre os grupos” (HALL e TAYLOR, 2003, p.195).

Dessa forma, esse trabalho contextualiza o hospital no campo da saúde e nas políticas públicas, porque reconhece que as características que essas organizações adquirem são em grande medida resultado da influência das demais instituições e das disputas dos atores com interesses diferentes nesse campo.

Parte-se do pressuposto que as instituições de saúde e hospitalares existentes condicionam as novas reestruturações institucionais e as mudanças que ocorrem nessas organizações. Ou seja, há uma dependência de trajetória, na medida em que as características institucionais pré-existentes no setor saúde e nos hospitais informam os diferentes grupos de atores e de interesses na sua ação nessas organizações, tanto aqueles que são defensores da sua conservação, quanto os que protagonizam mudanças. Esse trabalho busca investigar as mudanças nos hospitais com a inclusão de dispositivos de participação de novos atores que podem ser atribuídas ao surgimento de novas idéias a respeito dessa instituição.

Outro aspecto relevante abordado pelo institucionalismo histórico são as relações de poder, em especial a forma como as instituições distribuem de maneira desigual o poder entre os grupos sociais, ou seja, salientam que há acesso diferenciado dos atores aos processos de decisão das instituições (HALL e TAYLOR, 2003, p.199-200).

O estudo aqui desenvolvido busca compreender o processo de participação no hospital a partir da inclusão de outros atores, tradicionalmente excluídos dessas organizações. A criação de dispositivos de participação nos hospitais tem como um dos seus objetivos propiciar a esses atores acesso aos processos de decisão, bem como uma distribuição mais homogênea do poder entre os atores envolvidos com os hospitais.

Nesse sentido, é que se torna relevante identificar o papel que estes dispositivos participativos desempenham na instituição, em especial através da descrição desses fóruns, identificar quem são os atores com poder, qual o poder que têm na instituição, como influenciam no envolvimento dos atores no hospital e nas relações entre os atores.

### 3 MÉTODOS E TÉCNICAS DA PESQUISA

A presente pesquisa adotará como estratégias de investigação o estudo de caso de uma organização hospitalar, o Grupo Hospitalar Conceição. A definição pelo estudo de caso único se justifica a partir do fundamento lógico de que este representa um caso decisivo para responder à problemática de pesquisa. Isto porque o Grupo Hospitalar Conceição tem sido reconhecido como um dos hospitais do Ministério da Saúde que mais desenvolveu mecanismos, instrumentos e tecnologias de participação coletiva dos atores, internos e externos, na sua organização. Também pode ser considerado um caso representativo ou típico, sendo que as informações obtidas nesta instituição podem expressar experiências de outras instituições hospitalares (YIN, 2005, p.62 e 63).

O GHC é uma das poucas instituições hospitalares do país ainda vinculada ao Ministério da Saúde<sup>1</sup>. Este tem defendido a proposta de ampliação dos mecanismos de participação nos hospitais. Nesta perspectiva os hospitais diretamente sob a direção do Ministério, nos quais pode exercer maior influência, seriam aqueles em que os fóruns participativos ocorreriam em maior número. Análises resultantes de pesquisa realizada com os hospitais próprios do Ministério da Saúde em 2005 salientam que o GHC apresentava um maior número de dispositivos de participação coletiva em comparação com os demais hospitais pertencentes ao Ministério (FERLA, 2005).

Este é o contexto que justifica a escolha do GHC para o estudo do papel dos dispositivos de participação. Além disso, se o GHC é uma organização hospitalar típica e representativa das instituições hospitalares do país, pode ser considerada mais complexa, na medida em que é formada por mais de uma unidade hospitalar e é o segundo maior grupo hospitalar do Brasil, menor apenas que o Hospital de Clínicas de São Paulo.

Como esta pesquisa pretende analisar a participação dos diferentes atores que se relacionam no campo da saúde em fóruns instituídos nos hospitais, ou seja, como objetivo não é analisar com mais profundidade a resistência à implantação dos fóruns e sim as práticas a partir da sua existência, é que se justifica a escolha deste hospital, como um caso decisivo para se testar as proposições de pesquisa acerca da participação.

---

<sup>1</sup> Além do GHC há outros nove hospitais ainda sob gestão do Ministério da Saúde, todos no município do Rio de Janeiro.

Para Yin o estudo de caso “[...] investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especificamente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (2005, p.32). As questões que esta pesquisa busca responder apontam para a utilização desta estratégia de pesquisa, pois se trata de estudo de fenômenos em que as condições contextuais são fundamentais. Outro aspecto considerado para a escolha desta estratégia é a percepção de que, para responder aos objetivos da presente pesquisa, muitas variáveis interessam na análise, sendo necessárias várias fontes de evidências, qualitativas e quantitativas, na coleta e análise dos dados para que se tenha como resultado as respostas à problemática apresentada e desenvolvida a partir da teoria.

Para a coleta dos dados utilizou-se da triangulação de técnicas, quais sejam:

- 1) dados secundários, especificamente os documentos do Grupo Hospitalar Conceição, sobre os fóruns participativos instituídos, atas, resoluções e demais materiais escritos sobre ou pelos fóruns de participação;
- 2) entrevistas semi-estruturadas com os dirigentes e formuladores das políticas no GHC e os atores envolvidos nos fóruns de participação;
- 3) observação participante dos fóruns existentes.

A seleção dos entrevistados envolvidos nos fóruns de participação ocorreu através da técnica conhecida como “bola de neve”. Os entrevistados foram selecionados a partir da referência em entrevistas anteriores (PATTON, 1990).

A primeira entrevista realizada auxiliou na identificação dos próximos entrevistados, e assim sucessivamente foram selecionados os atores referidos pelos entrevistados anteriores. A amostra de entrevistados foi intencional considerando as categorias de análise desta pesquisa. Ou seja, entrevistaram-se os representantes de todos os atores considerados, neste trabalho, relevantes nos hospitais e também presentes nos fóruns existentes: usuários, trabalhadores, médicos, gestores do sistema e administradores.

O período da realização das entrevistas ocorreu em novembro e dezembro de 2006, janeiro e fevereiro de 2007. As entrevistas realizaram-se em locais sugeridos pelos entrevistados, ao todo vinte pessoas sendo dois administradores do hospital, dois gestores estaduais, três gestores municipais, dois médicos, seis trabalhadores e cinco usuários. A definição do número de entrevistas deu-se a partir da evidência de saturação dos dados, na medida em que os atores passaram a referir as mesmas questões sem menção a novos aspectos (OLABUÉNAGA, 1999, p.66).

A distinção dos médicos e demais trabalhadores justifica-se pelo fato de que estes são

reconhecidamente atores com muito poder nestas organizações. Cabe destacar que, entre os gestores do sistema e administradores do hospital, também havia médicos. Ao todo foram entrevistados seis médicos. Quanto aos dirigentes e formuladores das políticas no GHC, fez-se a escolha de informantes qualificados, ou seja, aqueles que se envolveram na implementação dos mecanismos de participação.

A interpretação realizada tem dois níveis. O primeiro diz respeito ao contexto sócio-histórico do grupo social investigado como marco teórico fundamental para a análise. Seria o sentido da totalidade, que se refere às determinações e também às conexões da experiência empírica com as relações essenciais. Seria o momento de compreender o objeto estudado como resultado de condições dadas e como produto da ação de transformação. Foi nesta perspectiva que se buscou contextualizar o tema da participação no campo da saúde, nas instituições hospitalares e identificar os atores envolvidos nestas organizações (MINAYO, 2004, p.227 -231).

A criação dos mecanismos de participação nos hospitais, que incluam outros atores, é um processo de mudança institucional nessas organizações. Reconhecendo-se que essa mudança é o resultado da trajetória dessas instituições, é que se busca caracterizar, no processo histórico do campo da saúde desde a criação dessas organizações no país, a configuração da rede hospitalar brasileira, a participação nessas organizações e quem são os participantes, uma análise macro que busque responder quanto às condições em que foi possível a emergência desses novos mecanismos de participação.

No segundo momento, tomam-se o material e os textos coletados para análise com o objetivo de compreender os sentidos expressos pelos atores. É quando se fará uso da técnica de análise de conteúdo. Por fim, essas duas etapas de identificação dos significados do material empírico e das relações são cotejadas (MINAYO, 2004, p.227 -231).

Especificamente para a análise de conteúdo utilizou-se a técnica de análise temática. O tema era a unidade de significação por meio da qual foi classificado exhaustivamente o material coletado. Cabe destacar que se produziu a priori um sistema de categorias temáticas que levaram em conta a problemática de pesquisa que serviu de base para uma exploração inicial do material. A técnica utilizada foi o mapa de associação de idéias, visto que cada uma das entrevistas foi codificada conforme as categorias temáticas que foram reavaliadas durante o processo de análise buscando que as mesmas se configuram em uma tipologia com as características de exaustividade, exclusividade, objetividade e pertinência (CORTES, 2002).

## 4 AS POLÍTICAS DE SAÚDE E OS HOSPITAIS

Esta seção trata da evolução histórica dos serviços de saúde no Brasil. Na análise destacam-se o papel das organizações hospitalares, as mudanças ocorridas nessas organizações e os atores que delas participam ou com elas se relacionam. A periodização utilizada busca identificar as principais mudanças institucionais ocorridas no campo da saúde e nos hospitais ao longo dos seguintes períodos: do Brasil colônia ao início da previdência social brasileira – 1500 a 1920, da criação da previdência social à sua unificação – 1920 a 1966, da ditadura – 1966 a 1980, da Reforma Sanitária e do SUS – 1980 a 2006.

### 4.1 Caracterização e mudanças no campo da saúde e nos hospitais no período do Brasil colônia ao início da previdência social – 1500 a 1920

Desde a colonização do Brasil até a década de 1930 do século XX, os atores sociais, principalmente ligados à Igreja, eram os principais articuladores da criação e manutenção dos hospitais (GUIMARÃES, 1982, p.104). O contexto histórico da rede hospitalar no Brasil demonstra a grande influência exercida pela rede privada beneficente, que representa o maior número de organizações e de leitos do país, uma característica do início da atenção hospitalar por meio das Santas Casas de Misericórdia.

Estas organizações incorporavam a participação da comunidade<sup>2</sup>, por meio da presença de representantes “eméritos” nos conselhos de administração, que dependiam da filantropia e, portanto, destas elites político/econômicas. A representação nesses fóruns de atores estatais ocorria pela busca de subvenções. Os atores ligados à Igreja eram os mais influentes na organização e definição de rumos destas instituições. Os hospitais públicos, com frequência, depois de construídos pelo Estado, eram entregues a esses atores para administração (GUIMARÃES, 1982; MAGALHÃES, 2004; RIBEIRO, 1983; SANGLARD & COSTA, 2004).

A ampliação da intervenção do Estado no setor hospitalar, até a década de 1930 do século XX, ocorreu basicamente para o enfrentamento das doenças infecto-contagiosas e

---

<sup>2</sup> Participação da elite das cidades, que não eram os usuários desses serviços. Os cidadãos de direito no Brasil, “pessoas de representatividade”, que nesta época eram medidos conforme suas propriedades, visto que até 1891 o direito ao voto estava relacionado à renda e a partir deste período ainda era proibido a analfabetos, mulheres, mendigos, soldados e membros das ordens religiosas (CARVALHO, 2001, p.40).

mentais, e a rede pública de hospitais caracterizava-se hegemonicamente por organizações especializadas nestas áreas (GUIMARÃES, 1982, p.109). Este era o hospital pouco medicalizado:

Houve, de fato, na história dos cuidados no Ocidente, duas séries não superpostas. Encontravam-se às vezes, mas eram fundamentalmente distintas: as séries médica e hospitalar. O hospital como instituição importante e mesmo essencial para a vida urbana do Ocidente, desde a Idade Média, não é uma instituição médica, e a medicina é, nesta época, uma prática não hospitalar (FOUCAULT, 1979, p. 101).

A tarefa do médico, na época, era observar o doente e os primeiros sinais da doença e prever quando a crise apareceria (FOUCAULT, 2001). O hospital, nesse sentido, em nada contribuía para a prática médica, pois não havia nenhum tipo de sistematização dos dados e procedimentos ou mesmo uma clientela definida.

A função do hospital no Brasil até o início do século XX era basicamente prestar assistência, principalmente espiritual, aos pobres e separar os indivíduos tidos como perigosos (loucos, prostitutas e doentes) da população considerada sadia. O médico não era figura central da instituição, uma vez que a própria prática médica não permitia o desenvolvimento de um saber hospitalar. A organização do trabalho incluía a ação sacerdotal, influenciando a ação do médico. A técnica utilizada no hospital consistia, principalmente, no isolamento do doente ou na simples espera de sua morte. Finalmente, no que se refere aos usuários destes serviços, esta englobava todas aquelas pessoas que de alguma maneira fugiam da ordem física e moral do período, ou seja, uma enorme categoria de pessoas consideradas desviantes e, portanto, não legítimas de participação nos hospitais (ANTUNES, 1991).

O surgimento e ampliação de estabelecimentos hospitalares visando ao lucro, segundo Guimarães, é resultado do progresso tecnológico, que levou a prática médica para o âmbito hospitalar, da política governamental de transferência da prestação de assistência individual ao setor privado e do crescimento populacional com a crescente necessidade de recursos assistenciais não contemplados pelas instituições filantrópicas (GUIMARÃES, 1982, p.108). Os primeiros anos do século XX marcam o surgimento dos hospitais com finalidade lucrativa no país e de atores de mercado na área hospitalar a partir das Casas de Saúde existentes nas capitais, que, segundo Guimarães (1982), eram insignificantes se considerado o contexto nacional. Rego (1993) afirma que é nessas instituições privadas com fins lucrativos que tem início no Brasil a medicalização nos hospitais.

Essa transformação do hospital opera-se num contexto de predomínio do cientificismo

e do biologicismo<sup>3</sup> no campo da saúde, além de uma redução da visão da medicina para o clínico individual, através do

[...] pleno desenvolvimento do saber acumulado e [do] [...] ressurgimento de uma atividade científica na medicina e ramos afins, esta vez sim com possibilidades de estruturar um sistema que pôde aproveitar os conhecimentos de outras ciências e consolidar-se como o substrato da moderna medicina capitalista (BREILH, 1991, p.95).

A reforma Flexner<sup>4</sup>, desenvolvida nas escolas médicas dos Estados Unidos no início do século XX, influenciou a prática médica e a organização dos hospitais no Brasil. Esta reforma surgiu como resposta às questões apontadas no relatório de avaliação daquelas instituições desenvolvido por Abraham Flexner. Segundo Mendes (1993) e Silva Junior (1998), seus principais elementos constituintes foram mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialismo, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato médico, ênfase na medicina curativa e concentração de recursos nos espaços hospitalares<sup>5</sup>. Estes conceitos conformam o que tem sido denominado como modelo da medicina científica. Nesta concepção o hospital é o centro da organização das práticas de saúde e os médicos os atores principais do setor da saúde, visto que a medicalização e a hospitalização são as formas dominantes de se tratar a doença.

Esse processo de transformação dos hospitais no país é concomitante com o surgimento de atores societários de mercado neste setor, com ampliação da interferência de

<sup>3</sup> Identificado por Ribeiro, 1993 e Breilh, 1991 e outros autores. Segundo Testa, trata-se de uma prevalência da ideologia biologicista na qual “[...] os problemas de saúde são individuais e consistem em um afastamento da normalidade biológica, seja qual for o critério com que esta se defina. A etiologia da enfermidade esgota a questão da causalidade, bem como define as formas de respostas possíveis, basicamente mediante a atenção aos problemas de enfermidades que as pessoas apresentam: atenção médica” (1992, p.169).

<sup>4</sup> Segundo Silva Junior esta reforma foi o marco da medicina científica. “Abraham Flexner, da Universidade de Johns Hopkins, foi convidado pela Fundação Carnegie dos Estados Unidos da América a proceder a uma avaliação da Educação Médica em seu país e no Canadá. Esse relatório, [...] teve como impacto o fechamento de 124 das 155 escolas médicas americanas [...]. A realização das recomendações desse relatório foi articulada pela Associação Médica Americana e pela indústria, por meio de fundações de amparo à pesquisa que destinaram para isso, de 1910 a 1928, cerca de US\$ 600 milhões” (1998, p.44-45).

<sup>5</sup> “a) Mecanicismo. A analogia do corpo humano com a máquina [...]. b) Biologicismo. [...] pressupõe o reconhecimento predominante da natureza biológica das doenças, de suas causas e conseqüências. c) Individualismo. A prática é duplamente individualista. Primeiro, ao escolher como seu objeto o indivíduo e, segundo, ao aliená-lo, excluindo de sua vida os aspectos sociais. d) Especialismo. A prática médica aprofunda o conhecimento específico em detrimento da globalidade inerente ao seu objeto. e) Exclusão de práticas alternativas: A prática médica oficial considera-se a única científica e anula ou restringe-se, por ineficaz, a priori, outras práticas. f) Tecnificação do ato médico. A tecnologia passa a ter um valor em si mesma, independente até de sua eficácia, como nova forma de intermediação entre os homens e a doença. g) Ênfase na medicina curativa. A prática médica concentra sua atuação na medicina curativa prestigiando o processo fisiopatológico em detrimento da causa, porque este é o setor mais suscetível de incorporação tecnológica.” (Mendes 1993 141-2) e “Concentração de recursos: [...] concentrar a Medicina Científica em determinados espaços. A instituição hospitalar[...]” (SILVA JUNIOR, 1998, p.47).

atores estatais e a com institucionalização no Estado brasileiro de políticas nacionais para a assistência médica individual por meio dos hospitais e para a organização destes serviços.

#### **4.2 Caracterização e mudanças no campo da saúde e nos hospitais no período da criação da previdência social à sua unificação – 1920 a 1966**

A criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CPAs) e posteriormente dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) construiu um sistema de previdência social no Brasil de base corporativa que garantia à parcela da população brasileira, especificamente as categorias profissionais abrangidas pelos institutos, acesso à seguridade social e à assistência médica individual. Desde sua criação até a unificação dos institutos em 1966, esta variava em acesso e cobertura em função dos momentos históricos de maior ou menor contenção de gastos da previdência social, bem como da força política das categorias seguradas em cada instituto (ACIOLE, 2006; COHN, 1980; MELLO, 1978; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989; SANTOS & GERSCHMAN, 2004).

Os IAP intervinham na saúde através de construção de hospitais e da compra de serviços dos hospitais privados. O debate sobre serviços próprios *versus* compra de serviços privados permeia toda a história dos institutos, sendo ora uma, ora outra a política adotada. Pela composição tripartite dos institutos (Estado, empresários e trabalhadores) se tem a participação dos usuários, neste caso, segurados, nas definições das políticas de assistência médica e, em especial, nos hospitais próprios (MELLO, 1978; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989; e SANTOS & GERSCHMAN, 2004).

A partir da década de 1930 constroem-se hospitais públicos ligados às universidades e para intervenção em algumas áreas específicas. Entre as décadas de 30 e 60 a política hospitalar predominante do setor saúde de governo é de construção e subvenção de serviços de hospitais privados filantrópicos (BRASIL, 1965).

Com a criação, em 1941, da Divisão de Organização Hospitalar (DOH) no Departamento Nacional de Saúde, institucionaliza-se um órgão de estado que tratará das questões hospitalares brasileiras. Dentre as atividades de destaque constam a organização de cursos de administração hospitalar em parceria com a fundação Kellogg e a Universidade de São Paulo, a realização do primeiro censo destas organizações e a construção de um plano da rede nacional de hospital para o Brasil. Demonstra-se assim que a assistência hospitalar passa a ser parte incorporada à saúde pública, no que tange a sua regulamentação, planejamento, organização, fiscalização e controle com centralização no governo federal (GUIMARÃES,

1982 e BRASIL, 1965).

Por meio de normatizações, dos processos de formação e administradores, das “inspeções médicas” e do censo das organizações hospitalares, os atores estatais passam a intervir nas organizações hospitalares tendo como principais tarefas o estímulo à aquisição de insumos e equipamentos e a racionalização burocrática, conforme os critérios da especialização, padronização, através das rotinas e normas, tendo as premissas da reforma Flexner e do modelo americano como base. Dessa forma, os atores estatais são indutores do processo de medicalização destas instituições. Ao mesmo tempo em que tentavam definir critérios e parâmetros para uma rede regionalizada e hierarquizada desses serviços, buscavam também regulamentar a distribuição das subvenções estatais e, através destas, influenciar na própria organização dos hospitais (BRASIL, 1965).

Em síntese esse é o período de algumas mudanças no âmbito do Estado, que passa a centralizar e organizar políticas na área da saúde de um modo geral e nos hospitais em particular, mas num quadro de dependência de trajetória com as instituições já existentes no setor da saúde, em especial os hospitais filantrópicos e a organização médica, ou seja, uma relação predominantemente com atores sociais sociais.

Esta última, desde o início da expansão das atividades assistências individuais nos hospitais, é defensora da prática liberal da medicina, corrente nos hospitais privados com fins lucrativos e agora estendidos, com orientação do Estado, para os hospitais sem fins lucrativos (ACIOLE, 2006; BRASIL, 1965). Ou seja, mantém-se a prestação de serviços médicos individuais pelas organizações privadas, com serviços de qualidade regulados pelo Estado para as pessoas que podem pagar, diretamente ou por meio da previdência social. A responsabilização explícita do Estado, por meio do financiamento no formato de subvenções, contempla apenas os “indigentes” (BRASIL, 1965).

Percebe-se claramente a influência dos hospitais, em particular das Santas Casas, nos governos. No período anterior, essa influência se restringia aos governos estaduais e aos municípios. Na medida em que as políticas são centralizadas em instituições federais, os hospitais passam a articular seus interesses também nestes órgãos (BRASIL, 1965). Sendo que em 1963 é fundada a Confederação das Misericórdias do Brasil, que representa os interesses dos hospitais sem fins lucrativos no plano nacional (PEREIRA, 1996). Ocorre então a ampliação significativa de hospitais privados sem fins lucrativos, em especial a partir de 1940, com a participação de fundos dos governos. E apesar de ser menos expressiva, também ocorre o aumento do número dos hospitais privados lucrativos (BRASIL, 1965; PESSOA,

2005).

Há permanência da influência dos atores sociais ligados à Igreja e das pessoas “representativas”<sup>6</sup> da comunidade nos hospitais. Percebe-se, também, uma intervenção articulada destas organizações com capacidade de influenciar as políticas de governo, agora centralizadas. Da mesma forma, a criação da Associação Médica Brasileira (AMB), em 1951, insere um ator institucional que teve influência no setor da saúde ao longo deste período e no período subsequente, representando um grupo de interesse, os médicos, e defendendo explicitamente prática médica liberal (CAMPOS, 2006; NICZ, 1982).

Consolida-se a profissionalização do hospital, com a ampliação da inserção dos médicos, da enfermagem e demais profissões, como serviço social, nutrição, bem como da “tentativa”<sup>7</sup> de profissionalização da administração hospitalar. Dessa forma, outros atores entram em cena nessas organizações que incorporam a racionalidade burocrática das normas, padrões e hierarquias e a racionalidade médica, da tecnificação, especialização e biologicismo. Os hospitais no Brasil se transformam, paulatinamente, no hospital médico.

Mudam também os usuários destes serviços, enquanto no período anterior à clientela hospitalar eram constituídos em sua maioria pelos excluídos, o hospital médico amplia a sua influência na assistência individual para toda a população.

Duas questões são relevantes para compreender a população usuária dos hospitais no Brasil neste período. Primeiro a insuficiência de acesso, pois os hospitais se concentravam basicamente nas regiões urbanas, enquanto a maioria da população habitava a área rural. Desta forma, mesmo sendo considerados “teórica e tecnicamente” o lugar da cura, na prática a grande parte dos usuários tinha enorme dificuldade em acessá-lo.

Um segundo aspecto é que a população que tinha acesso aos serviços era distinguida pela capacidade de remuneração dos mesmos. Compreendiam usuários indigentes, atendidos pela filantropia e às vezes custeados com subvenção do Estado; usuários pagantes corporativos, segurados dos IAPs, que tinham atendimento diferenciado conforme a cobertura e acesso definido por cada um dos institutos; e os usuários pagantes individuais, que

---

<sup>6</sup> Esta representatividade diz respeito às lideranças políticas e econômicas, que, em prol da filantropia, se envolviam diretamente nas administrações dos hospitais, individualmente ou por meio da organização de sociedades beneficentes, estes eram os usuários dos serviços que pagavam por seu atendimento. Os demais usuários, sejam eles indigentes ou trabalhadores, que compravam os serviços via previdência social, não estavam no rol das pessoas “representativas” nos hospitais privados e filantrópicos.

<sup>7</sup> Refere-se à tentativa, pois a “profissionalização” da gestão dos hospitais é um tema que esteve e continua presente até os dias atuais, pela compreensão de que não ocorreu a sua “massificação” nessas organizações, em grande parte ainda administradas por profissionais de saúde sem formação nesta área (em especial os médicos) e de pessoas de “representatividade” da comunidade.

custeavam seus atendimentos.

O envolvimento dos usuários nos hospitais ocorre de forma diferenciada. Os pagantes individuais podem influir na organização tanto através da representação dos “eméritos” nos Conselhos de Administração existentes na maioria dos hospitais, quanto por serem consumidores que optam pelos serviços que vão utilizar. Os pagantes corporativos exerciam influência pela voz através das suas representações nos Institutos, visto que a maioria dos serviços era credenciada por estes e não havia a escolha dos usuários individualmente do serviço a utilizar. Quanto aos usuários indigentes, a participação era inviabilizada, pois não tinham nem a possibilidade de voz para expressar suas demandas e tampouco escolhiam os serviços, uma vez que dependiam da caridade para o seu atendimento.

#### **4.3 Caracterização e mudanças no campo da saúde e nos hospitais no período da ditadura – 1964 a 1980**

A partir da instalação da ditadura militar no país em 1964 e com a unificação dos IAP no Instituto Nacional da Previdência Social - INPS em 1966, a relação entre os atores estatais e atores organizacionais dos hospitais se torna mais estreita. Nesta relação, há o predomínio da concepção assistencial privatista dos próprios atores estatais, na direção do INPS e posteriormente do Inamps, no sentido de responder aos interesses das organizações hospitalares privadas, neste caso não mais as sem fins lucrativos do período anterior. Trata-se de uma mudança que redundava numa maior inserção de atores societais de mercado nas organizações hospitalares do país através do incentivo do Estado.

Com a unificação da previdência social se inaugura uma nova relação entre atores estatais e atores ligados aos hospitais e aos setores privados, há um predomínio de instituições privadas com fins lucrativos e exclusão dos atores societais, trabalhadores segurados da previdência social dos processos de decisão (LUZ, 1979). A centralização da política médica previdenciária é acompanhada da organização de atores institucionais que representam organizadamente os interesses dos hospitais do país, neste caso a FBH, e da medicina de grupo, a ABRANGE. Estes, aliados à conformação de uma tecnoburocracia estatal centralizadora e defensora da privatização da prestação de serviços dos órgãos da previdência social, constituem-se em uma comunidade da política de saúde que influem significativamente nas decisões do setor até o final da década de 1970 (ACIOLE, 2006; MELLO, 1978; NICZ, 1982; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989).

Com a expansão da assistência médica previdenciária, ocorrida a partir da década de

1970, a lógica de hospital empresa, que busca lucro, se consolida. Os hospitais passam a ser reconhecidos pelos atores estatais como vendedores de um produto, com pagamento por unidade de serviço, do qual o Estado se torna o principal comprador. Esse processo reafirma a organização hospitalar como prática liberal e empresarial, influenciando em especial as entidades filantrópicas, que já tinham iniciado esse processo no período anterior, quando essas características eram menos marcadas (BRASIL, 1965; NICZ, 1982).

Ao mesmo tempo garante completa independência e autonomia no rumo da incorporação tecnológica, na expansão de serviços hospitalares e de definições sobre a prestação de serviços, que ocorre através de fundos públicos de investimento. A extensão deste modelo de relação e de financiamento para os hospitais públicos e universitários também os coloca sobre essa lógica como prestadores de serviços para o Estado, independentes e autônomos nas definições de perfis assistenciais (LUZ, 1979; NICZ, 1982; OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1982).

A configuração da rede de hospitais públicos federais permanece estável, apesar de algumas iniciativas de construções de hospitais. Os hospitais dos antigos IAP são inicialmente incorporados ao INPS, depois ao Inanps. A exclusão da participação dos trabalhadores do rumo da previdência social acaba com a possibilidade identificada anteriormente de os usuários, beneficiários dos IAP, interferirem na relação da previdência social com os prestadores de serviços hospitalares (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989; PESSOA, 2005).

Os novos atores que passam a ter influência nas organizações hospitalares, com ampliação significativa dos hospitais lucrativos, são os empresários do setor. A lógica do lucro também amplia a participação dos administradores hospitalares nesses serviços, em sua maioria médicos. Estes consolidam sua intervenção com a completa incorporação da medicina científica à prática hospitalar, hegemônica na assistência à saúde.

Majoritariamente defensores da prática liberal, os médicos tiveram nesse período, na AMB, um ator institucional importante de expressão dos seus interesses. A conformação do hospital como organização burocrática empresarial e também organização profissional médica coloca os demais trabalhadores da organização em uma situação de dupla dominação, a hierarquia médica e administrativa.

Pela pressão ao “empresariamento”, começa a diminuir o poder dos atores societários ligados à Igreja nos hospitais filantrópicos, no entanto, em alguns casos, esses atores incorporaram a lógica do hospital empresa. Mantém-se a prática de conselhos de administração com representação de cidadãos ilustres nos hospitais sem fins lucrativos. Estes

conselhos se constituem em mecanismos de influência das elites políticas e econômicas nessas organizações. Diferente do período anterior, quando estes atores eram fundamentais para a arrecadação financeira filantrópica, a participação agora é um dispositivo de pressão para que o Estado garanta o financiamento estatal das instituições filantrópicas.

Com a ampliação da cobertura assistencial através da previdência social, que na década de 70 incorporou os trabalhadores, fossem eles urbanos ou rurais e seus dependentes, e com o crescimento da assistência hospitalar financiado por meio da previdência social, a clientela dos hospitais nesse período é formada predominantemente pelos usuários contribuintes da previdência social. Com a unificação dos Institutos estes deixam de ter um vínculo corporativo como o existente anteriormente e são excluídos dos processos de decisão da previdência social. Mantêm-se os usuários indigentes, os usuários pagantes individuais, e surgem os usuários pagantes através dos planos privados de saúde.

A capacidade de influência nos serviços hospitalares, nunca existente para os indigentes, é eliminada para os contribuintes da previdência social. Os usuários “consumidores”, seja por meio de recursos individuais ou de planos e seguros de saúde, em sua maioria escolhem os serviços que vão utilizar, além de, como foi considerado anteriormente, participarem de uma elite política e econômica que muitas vezes tem representação nos Conselhos Administrativos dos Hospitais.

O final do período ditatorial caracteriza-se pela predominância dos hospitais privados na prestação de atenção médica com aumento dos custos da assistência, o que acarreta o agravamento da crise da previdência social que chega ao seu ápice no início da década de 1980. As reformas até então implementadas não respondem à contradição de universalizar a atenção sem aumento de recursos e sem controle da prestação de serviços privados e começa a entrar em pauta a crise do modelo de atenção vigente (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989). Há também sucessivas denúncias de corrupção nos hospitais: superfaturamento e internações desnecessárias são constantemente referidos na mídia e pelos órgãos de governo.

A perspectiva de saúde como direito fundamental da humanidade e a construção dos Estados de Bem-Estar Social a partir dos anos 40 do século XX, aliada à incorporação crescente de tecnologia, principalmente nos países desenvolvidos, legitimou demandas por melhor qualidade de vida e saúde humanas. Nesse contexto ampliou-se também a legitimidade dos hospitais e de seus principais atores – os médicos. Ao mesmo tempo aumentavam significativamente os gastos dos países com o setor saúde.

Propostas de mudanças nas práticas em saúde e no hospital são resultado da disputa

dos atores no campo da saúde num contexto em que este adquire uma importância significativa do ponto de vista da economia dos países e do mundo. Segundo Piola e Viana (1995), a saúde mundial gastou em 1990 cerca de 1,7 trilhões de dólares, ou 8 % da renda mundial<sup>8</sup>. O contexto da crise fiscal do Estado, do Estado de Bem-Estar Social em especial, a partir dos anos 70 do século passado, aliado aos custos crescentes do setor, apontava para a necessidade de alternativas a esta problemática que se constituíram historicamente através de duas perspectivas.

Na primeira perspectiva os atores que defendiam que o gasto com bem-estar social era excessivo e distorcido e que advogavam a diminuição do Estado propunham como alternativa o mercado, este seria o principal lugar para produzir saúde. Os atores defensores desta proposta têm como ideário que sustenta sua posição o modelo hegemônico de assistência à saúde, qual seja a medicina científica centrada em procedimentos e na cura oferecidos aos consumidores.

A segunda perspectiva é dos atores que defendem que a organização da produção de serviços de saúde deva ocorrer a partir das necessidades individuais e coletivas com controle público. Em certa medida a medicina comunitária e seu ideário, que propõe redefinição do modelo de prestação de serviços, traduz a posição desses atores.

Vianna (2002), Braga e Silva (2001) e Gadelha (2005) são autores que identificaram a primeira perspectiva através da inserção e ampliação da intervenção de mercado na lógica do setor saúde, tanto no aspecto da produção de insumos e equipamentos, quanto na perspectiva de controle, competitividade e eficiência econômica da prestação de serviços de saúde. Características empresariais foram conferidas a estas organizações com o objetivo de controle dos gastos em saúde, considerando que a tendência crescente dos custos dos mesmos não era sustentável.<sup>9</sup>

O tema da eficiência nos usos de recursos passa a estar presente nas instituições

---

<sup>8</sup> Braga e Silva (2001), ao abordarem a estrutura e dinâmica do setor de saúde, salientam que as ações de saúde, nas sociedades capitalistas, tanto podem ser providas como uma mercadoria, caso dos EUA, como através de serviços públicos com financiamento advindo de tributação, caso do Canadá e da maioria dos países europeus. Os agentes envolvidos no campo da saúde em ambos os casos vivenciam o processo de questionamento dos custos crescentes do setor.

<sup>9</sup> Gadelha reafirma essa inserção do setor na lógica capitalista. Segundo ele: “[...] o processo de penetração do capital e empresariamento da área de saúde e de constituição de um complexo econômico movido pela lógica de mercado não é novo, já tendo sido identificado por Cordeiro (1980) há mais de 20 anos[...]. Com o movimento recente de terceira revolução tecnológica e de globalização, acompanhado, no nível das relações de poder, pela clara hegemonia do sistema capitalista no mundo e pela onda de reformas do Estado, que incidiram de forma marcante no setor saúde, esse processo tornou-se um movimento avassalador em todo o planeta – à exceção dos países e regiões que foram completamente alijados do sistema econômico mundial, com o exemplo dramático da África –, sendo, aparentemente, irreversível, ao menos nos marcos do sistema político e econômico atual. (2005, p.2)”

hospitalares. Os hospitais são as instituições nas quais com maior ênfase se produzem e se consomem as tecnologias e os médicos os atores com poder para a definição dos seus usos. Apesar de não se tratar de alterar a centralidade do poder/saber médico, uma das mudanças observadas é o surgimento da necessidade de racionalizar a utilização dos recursos disponíveis nos hospitais, sendo que os administradores são os atores inseridos nestas organizações imbuídos desta tarefa.

Vianna (2002) aponta a existência de um complexo médico industrial (CMI), surgido a partir do desenvolvimento extensivo da tecnologia que interfere nas relações entre os atores do setor. Sugere também que, num período mais recente, há a organização de um complexo médico financeiro (CMF) devido à financeirização tanto pública quanto privada, através da securitização do risco de adoecer, que estabelece uma nova relação na prestação dos serviços de saúde.<sup>10</sup> O conflito entre os atores do setor produtor de tecnologia em saúde e os agentes ligados ao financiamento da prestação de serviço restabeleceriam o equilíbrio econômico do setor e controlariam o aumento de gastos na área. Neste contexto, o hospital não é apenas o lugar de cura, de trabalho e formação médica, mas também é uma unidade primordial de um importante setor econômico que, em função dos custos crescentes com a incorporação tecnológica, despertou a atenção de gestores de seguros de saúde e do setor público no sentido de controlar seus gastos e sua expansão.

Ou seja, o debate do controle dos gastos, tanto na perspectiva dos governos como do complexo médico financeiro que procura ampliar seus lucros, aponta para outras relações nas organizações hospitalares com a ampliação da inserção de outros atores no cenário, quais sejam, administradores, gestores públicos dos sistemas de saúde e gestores privados de planos e seguros.

No entanto, esta inserção não significa o questionamento da centralidade das instituições hospitalares e seus principais atores, os médicos, no campo da saúde. Ao contrário os hospitais são as instituições nas quais há concentração do uso da tecnologia produzida pelo Complexo Médico Industrial e que consomem consideráveis volumes de recursos. Por outro lado, os hospitais e os médicos reforçados pelo modelo da medicina científica têm a função

---

<sup>10</sup> Para este autor CMI e CMF respondem à lógica capitalista da produção em saúde, sendo que ambos estão em disputa. O primeiro depende, para o seu crescimento e lucratividade, do aumento do consumo e dos gastos e o segundo busca limitar ambos, pois a securitização pressupõe lucratividade quando há diminuição dos custos com procedimentos e ações de saúde. Vianna (2002), ao apresentar este conceito de financeirização do setor, refere-se ao aumento significativo dos planos e seguros de saúde que se desenvolvem em países que têm gastos privados em saúde. Tendo como exemplo os EUA, sinaliza o desenvolvimento de *manage care* como mecanismo de gerenciamento que tem o objetivo de diminuir os custos crescentes em saúde naquele país e garantir a lucratividade para esse novo setor de capitalização da área da saúde.

primordial na produção de conhecimento, ao mesmo tempo que oferecem variadas ações de saúde. Tanto a produção de conhecimento, quanto do cuidado desenvolvem-se a partir da lógica da especialização, da incorporação massiva de equipamentos, fármacos enfim da incorporação tecnológica. E estes são os procedimentos ofertados através do Complexo Médico Financeiro. Nesta perspectiva, a concepção de saúde é relacionada à cura das doenças, alcançada com a incorporação de tecnologia, insumos e equipamentos na perspectiva de mercado. Conferindo poder aos médicos e instituições hospitalares bem como aos atores do complexo médico industrial e financeiro.

A segunda perspectiva de superação da problemática dos custos crescentes e de universalização de acesso à saúde propõe que a organização da produção de saúde ocorra com controle público e em resposta às necessidades coletivas e individuais. Dentre os argumentos destes atores aparece a crítica ao modelo da medicina científica. Segundo Silva Junior: “Seus custos progressivos e nem sempre racionais constituem importante barreira ao oferecimento universal dos benefícios produzidos pela tecnologia médica [...]”(1998, p.50).

Questiona-se a eficiência do modelo da medicina científica e aponta-se como pouco resolutiva uma postura biocientífica, centrada na atenção especializada, sofisticada e de alto custo. As propostas oriundas desta crítica conformam o ideário de disputa do grupo de atores que defendem o controle público sobre a forma de produzir saúde.

Segundo o mesmo Silva Junior (1998, p.53), a proposta de Medicina Comunitária seria a principal alternativa ao modelo hegemônico da medicina científica, tendo sido ao menos em parte implantada em vários países e contando com o patrocínio de organismos internacionais como a OPAS e OMS.

Tal proposta foi consagrada como resultado da Conferência Internacional sobre Atenção Primária da Saúde ocorrida em 1978 em Alma Ata<sup>11</sup>. A medicina comunitária ou atenção primária em saúde seria “[...] um meio prático para pôr ao alcance de todos os indivíduos e famílias das comunidades assistência de saúde indispensável, de forma que resulte aceitável e proporcional a seus recursos e com plena participação.” (REZENDE, 1989, p.107).

Com os cuidados primários de saúde, as necessidades básicas do indivíduo seriam detectadas e lhe seria prestado atendimento simplificado. No primeiro nível de atenção, em geral centrado na unidade ambulatorial básica de saúde, a demanda por atendimento seria

---

<sup>11</sup> Chamada pela OMS e UNICEF participaram 134 governos de países, 67 organizações das Nações Unidas, organizações especializadas governamentais e não governamentais. (REZENDE, 1989, p.106-107).

previsivelmente grande e calcula-se que 90% dos problemas de saúde poderiam ser solucionados. As situações que requereriam serviços mais complexos seriam encaminhadas a outras unidades de saúde, com recursos tecnológicos e de pessoal mais especializado, que comporiam os níveis de atenção secundário e terciário. Estes dois últimos níveis de atenção se realizariam principalmente em hospitais.

Nesta perspectiva as reformas que foram implantadas buscaram conferir importância significativa à construção da atenção primária ou básica de saúde em muitos países do mundo. Este processo resultou na ampliação da inserção de outros atores e instituições no campo da saúde, quais sejam, profissionais de saúde comumente denominados como de saúde pública, usuários, gestores dos diferentes serviços criados ou ampliados nesse processo, tais como centros de vigilância, unidades básicas de saúde, além dos gestores públicos do sistema de saúde. Estes atores têm interesses na disputa de poder no campo da saúde.

Esta proposta alternativa ao modelo vigente tira o hospital do lugar central e atribui papel maior à “porta de entrada” do sistema os serviços de atenção básica. A imagem utilizada para a representação dessa organização dos serviços de saúde é a pirâmide, os hospitais seriam uma peça superior dos sistemas de saúde e os demais serviços o seu meio e a base. Nesta perspectiva o hospital deixaria de ser o principal serviço de saúde e de atuação dos médicos e demais profissionais. A perspectiva é de regulação pública da oferta de serviços de saúde.

A atenção primária em saúde tem também como prioridade a profilaxia na assistência à saúde e considera importante que a comunidade participe da determinação das necessidades de saúde, “[...] através da planificação, organização e administração da Atenção Primária.” (REZENDE, 1989, p.108). A questão da saúde seria resultante de questões sociais mais gerais, priorizaria a perspectiva preventivista na atenção à saúde. A participação dos usuários é considerada como um aspecto fundamental, pois as ações de prevenção não podem ocorrer em contextos de coerção, sendo fundamental a participação.

Entre as críticas a esta “participação comunitária” destaca-se que a noção restrita de comunidade reforça explicações e soluções locais para os fenômenos de saúde e doença, descontextualizando esta problemática dos fatores e estruturais ou conjunturais que lhe dão origem. A participação, por vezes, teria como objetivo a diminuição de recursos do Estado nas políticas sociais com a utilização de recursos da própria comunidade. No entanto também é reconhecido que, ao estimular a participação, a proposta da Medicina Comunitária possibilitou aumento da inserção de setores marginalizados da população, propiciando que

seus interesses estivessem presentes na disputa do campo, favorecendo pressões por políticas de saúde mais amplas. (CARVALHO, 1995; SILVA JUNIOR, 1998).

As duas perspectivas alternativas ao modelo hegemônico até os anos 70 podem ser consideradas complementares. As propostas dos organismos internacionais, principalmente Banco Mundial, OPAS e OMS, após a década de 80 apontam para um modelo híbrido, em que a assistência curativa do modelo da medicina científica seria oferecida às pessoas que podem pagar. A organização do financiamento, neste caso, ficaria ao cargo, principalmente, dos seguros e planos de saúde. O Estado se responsabilizaria pela prestação de “serviços básicos” à saúde ao restante da população, notadamente prevenção e ações de menor complexidade e custo.

Nesse contexto os atores com poder no campo da saúde seriam fundamentalmente aqueles ligados à produção de insumos e equipamentos, do complexo médico industrial; os atores vinculados a planos e seguros de saúde, do complexo médico financeiro; e os atores estatais ligados a esses interesses. Esses atores estariam interessados na manutenção do poder médico e das instituições hospitalares, apesar da introdução de mecanismos de controle da autonomia destes atores e organizações. A atenção à saúde, para eles, deveria orientar-se à cura e intervenção médica com o predomínio do tratamento das doenças e a prevenção, seletivamente aos diferentes públicos. Defendem que a organização da produção de saúde ocorra a partir da oferta de serviços aos consumidores, e aqueles aliados da possibilidade de consumo é que deveriam ser subsidiados pelo Estado.

Os atores que apresentam críticas à perspectiva do mercado como organizador da produção de saúde e ao modelo da medicina científica incorporam várias das proposições do modelo da medicina comunitária. Defendem a organização da produção de saúde a partir das necessidades de saúde, a participação dos usuários na definição destas. A epidemiologia é considerada um dos conhecimentos que auxiliariam na decisão de prioridades. O conceito de saúde é relacionado à qualidade de vida, à organização política, econômica, social e cultural da sociedade. Estão relacionados com estas perspectivas usuários de serviços públicos de saúde e seus representantes, parcela dos profissionais de saúde e algumas entidades representativas, articulados com o Movimento Sanitário, e atores estatais ligados a esses interesses.

Estes atores propõem maior intervenção do Estado, controle público e regulação das políticas e da organização das ações e serviços, considerando que o mercado não é

competente para produzir saúde<sup>12</sup>. A intervenção do Estado é vista como necessidade para otimizar a alocação dos recursos disponíveis na sociedade. A universalidade do direito e a integralidade da atenção à saúde são diretrizes defendidas por este conjunto de atores na disputa do campo, em contraposição à seletividade e focalização dos recursos públicos aos mais pobres através de ações de menor custo e complexidade. Por sua vez apontam que a organização das ações de saúde deva considerar a necessidade expressa dos usuários, com a combinação de todas as forças técnicas, políticas e administrativas de que dispõe cada realidade local (CECÍLIO, 2001).

Estes atores defendem que a crise no setor não seria apenas da ineficiência dos serviços. Neste sentido a busca de eficiência estaria relacionada à viabilidade de que a saúde seja um direito de cidadania, patrocinado pelo Estado e com universalidade de cobertura (SILVA JUNIOR, 1998).

#### **4.4 Caracterização e mudanças no campo da saúde e nos hospitais a partir da reforma sanitária – 1980 a 2006**

A reforma de saúde implantada a partir do início da década de 80 no Brasil inscreve-se nesse contexto de disputas. A crise da previdência social, juntamente com as mudanças políticas e econômicas no país nos fins da década de 1970 e início da década de 1980, com a abertura democrática e a entrada em cena de outros atores e a proliferação das outras propostas de atenção à saúde, vai conformar uma situação propícia a novas mudanças no setor da saúde no país. Mudanças que resultaram do processo de reforma proposto pelo movimento sanitário, caracterizando-se pela unificação dos dois subsistemas, da saúde pública e da assistência médica.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a Constituição de 1988, as Leis 8080 e 8142 de 1990 são os marcos fundamentais da reorganização do sistema de saúde. Os princípios e diretrizes do sistema de saúde, expressos na Constituição e nas leis complementares são universalidade de acesso, integralidade, equidade na assistência, participação popular, descentralização da gestão, regionalização da atenção (BRASIL, 1990).

---

<sup>12</sup> Castro (2002) defende a impossibilidade de que as leis do mercado possam regular e responder às necessidades de saúde. Isso porque a demanda é induzida pela oferta, acarretando risco moral. Porque os seguros de saúde, quando dos riscos e incertezas, para garantir rentabilidade, escolhem clientela ou estabelecem preços muito altos para alguns cuidados demandados. Também salienta que é necessário considerar a posição desigual na informação de quem produz e quem utiliza os serviços de saúde, bem como a possível existência de barreiras para o consumo ou para a produção de bens de saúde que acarretariam riscos para as pessoas.

Ou seja, supera-se legalmente o modelo anterior de acesso a serviços de saúde que distingue entre os “indigentes” e “contribuintes”. A saúde se insere entre os direitos sociais dos cidadãos brasileiros. Ao menos numa perspectiva normativa, os usuários são todos iguais, para os quais é garantida constitucionalmente a participação no sistema de saúde e no seu próprio cuidado.

O modo como a questão da saúde é tratada no texto constitucional deve-se em grande parte à ação dos atores ligados ao movimento. Estes atores defendem a posição da organização da produção da saúde com controle público a partir das necessidades da coletividade. Este movimento também “[...] se articula em torno de um projeto de reforma que se justifica, entre outros aspectos, pela necessidade de romper com os laços promíscuos que garantem a satisfação dos interesses privados de apropriação de recursos públicos” (MISOCZKY, 2002, p.67). Estes argumentos constituíram-se em ideário da luta destes atores no campo, reforçando a proposta de controle público dos serviços em contraposição à perspectiva de mercado.

Dentre os principais opositores ao processo de reforma estão os “[...] prestadores privados que dependem dos fundos públicos – em destaque a Federação Brasileira dos Hospitais e Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde” (MISOCZKY, 2002, p.67). Estes atores têm como proposta a organização da prestação de saúde a partir do mercado.

A descentralização das ações e serviços de saúde, sobretudo o incentivo à organização da rede básica de atenção em todos os municípios brasileiros, foi considerada como um mecanismo importante para a construção do processo de democratização das tomadas de decisões no setor da saúde, na medida em que a deliberação da utilização dos recursos e da organização da atenção se aproxima dos cidadãos que farão uso das mesmas.

Esta descentralização, com direção única em cada esfera de governo, ampliou a participação de gestores públicos municipais e estaduais de saúde, visto que são os municípios, segundo a legislação, os responsáveis pela prestação de serviços. Por outro lado, as instituições hospitalares, representadas pela Federação Brasileira dos Hospitais, defendiam juntamente com a tecnoburocracia do Inanps a manutenção do modelo centralizado de gestão da prestação de serviços.

Esse processo de descentralização resultou na transferência dos serviços de saúde da previdência social em 1991 para o SUS. Com a perspectiva de descentralização da gestão e da prestação dos serviços para os Estados e municípios, a maioria dos serviços hospitalares do

Inamps e do Ministério da Saúde foi repassada no decorrer da década de 1990.

O período pós-constituição caracterizou-se pela ampliação da rede básica de serviços de saúde em todo o país e também da assistência à saúde suplementar por meio de planos e seguros de saúde. O modelo híbrido, defendido pelas agências internacionais, no qual a assistência básica seja provida pelo Estado e a assistência curativa de maior custo pelas pessoas que possam pagar, em certa medida passa a caracterizar o sistema de saúde brasileiro<sup>13</sup>.

A partir do SUS muda a condição dos usuários nos hospitais. A universalização do direito à saúde termina com os indigentes e com a oferta de serviços através da caridade aos usuários, pois o acesso aos serviços deixa de estar condicionados à contribuição à previdência social, como era no período anterior. Cabe destacar que a universalização do sistema não atinge o conjunto da população. Mantêm-se assim nos serviços hospitalares os usuários pagantes individual ou através dos planos e seguros de saúde.

A descentralização do sistema, que ocorreu na década de 1990, constituiu municípios e estados como atores importantes no sistema de saúde. As diferentes formas de gestão, instituídas pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas de Atenção à Saúde (NOAS), preconizam crescente responsabilização destes entes federados no sistema. No momento atual, todos os estados e vários municípios da federação estão em gestão plena do sistema, o que significa que têm os recursos financeiros para o provimento de serviços hospitalares sobre sua gestão, o que amplia a relação dos atores estatais desses níveis de governo com as instituições hospitalares.

A relação entre os atores estatais e os atores das organizações hospitalares apresenta características bastante diversas, dependendo do tipo de vínculo existente entre hospital e Estado. Este pode ser através da regulação, do financiamento por prestação de serviço ou da administração direta. Os hospitais próprios, sob administração direta do poder público da área da saúde ou da educação – principalmente os hospitais das universidades públicas, estão diretamente submetidos aos atores estatais. As instituições filantrópicas e privadas, conveniadas com o Estado para prestação de serviços, se relacionam com estes atores na perspectiva de “vendedores” de serviços.

Num contexto de reforma do Estado, desencadeado na década de 90, formularam

---

<sup>13</sup> A ampliação da ação dos atores estatais em relação ao complexo médico financeiro - planos e seguros de saúde - foi debatida na década de 90 do século passado, sobretudo na perspectiva de que o Estado cumpra seu papel de regulador dessas atividades. Isso originou a criação da Agência Nacional de Saúde, com a tarefa de regulação da saúde suplementar entre prestadores de serviços, operadoras de seguros e planos de saúde e os consumidores destes.

propostas políticas que tinham a perspectiva de mudar a relação dos governos com as instituições hospitalares públicas, no sentido de diminuir a intervenção estatal e a dependência destas organizações. A defesa da iniciativa privada como mais competente na prestação de serviços hospitalares, que acompanha toda a história hospitalar do país, também esteve presente na década de 1990. Aliado à falta de autonomia financeira e administrativa dos hospitais públicos e aos mecanismos burocráticos que dificultam os processos de gestão, vários atores estatais e organizacionais desses hospitais propunham alternativas privadas de administração dessas instituições. Dentre as questões apontadas como problemáticas nas instituições públicas constam as relações de trabalho, consideradas mais eficientes nas organizações privadas, exatamente no aspecto da possibilidade de exercício de poder das administrações sobre os trabalhadores.

A flexibilização das relações de trabalho nos hospitais públicos é um dos motivos para propostas de novos formatos institucionais. Exemplo disso são as Organizações Sociais (OS), colocadas em prática principalmente no estado de São Paulo, e de fundações privadas, cooperativas e outros dispositivos, ligados aos hospitais públicos, universitários e próprios do Ministério da Saúde<sup>14</sup>. Esses dispositivos instituem diversas formas de vínculo de trabalho, conformando formatos institucionais que estabelecem relações diversas entre os trabalhadores e as administrações hospitalares e condicionam as possibilidades de participação dos atores organizacionais.

Quanto aos hospitais privados prestadores de serviço para o SUS, o formato do financiamento e a relação com os atores estatais continuam os mesmos desde 1982, ou seja, pagamento por procedimento por meio da Autorização das Internações Hospitalares (AIH). O Estado regula a prestação de serviços a partir do controle dos preços dos procedimentos pagos e desta forma financia a ampliação de serviços de Alta Complexidade (melhores remunerados) e o direcionamento dos hospitais para a prestação deste tipo de procedimento. Segundo Matos e Pompeu (2003), mesmo contrariando norma legal, a relação entre o Estado e os hospitais prestadores de serviços do SUS ocorre na informalidade, na medida em que a maioria dos serviços hospitalares não conta com contratos de prestação de serviços que regulamente a sua relação com o Estado.

Dentre as diretrizes do SUS, propostas pelo movimento sanitário, definidas na constituição de 1988 e nas leis que a regulamentam, destaca-se a participação social no

---

<sup>14</sup> Dos hospitais estudados, apenas o GHC, que permanece como figura jurídica privada, e o INTO não têm esses mecanismos de administração.

sistema. O cumprimento da diretriz da participação da comunidade na saúde e a ação dos atores que defendem esta proposta tiveram como resultado a construção dos conselhos e a realização de conferências de saúde.

Os atores que compõem estes fóruns, por determinação legal, são representantes de governos, de trabalhadores de saúde, de prestadores de saúde – entre eles os hospitais - e de usuários do sistema. A participação dos usuários no processo de decisão política do sistema de saúde se propunha como um mecanismo de regulação pública e deliberação sobre as formulações. A criação destes fóruns em todo o território nacional possibilitou que usuários de serviço, gestores do sistema, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços se envolvessem em discussões sobre a política de saúde e participassem na elaboração de propostas sobre o funcionamento do sistema.

Dentre essas propostas de funcionamento destacam-se as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, que, a partir de 1996, determinam que os serviços de saúde, inclusive os hospitais, tenham conselhos gestores e outros mecanismos que possibilitem a participação dos diversos atores do sistema com capacidade de interferência nos rumos dos serviços e das organizações hospitalares.

Os hospitais caracterizam-se por uma relativa autonomia frente aos conselhos e às conferências de saúde e mesmo em relação à regulação estatal. O poder dos médicos e dos administradores nas organizações hospitalares institucionaliza o hospital como o espaço para o desenvolvimento da cura da doença, do conhecimento e da especialidade, obtida por meio da técnica e da busca da eficiência administrativa burocrática. A hegemonia desses profissionais restringe os recursos de poder dos demais atores envolvidos com os hospitais, sejam eles usuários, atores estatais ou os outros trabalhadores destas organizações.

Atores estatais identificados com o movimento sanitário formulam propostas que objetivam incorporar a voz dos usuários e dos trabalhadores nos serviços de saúde, inclusive nos hospitais. Em 2000, por meio do Programa Nacional de Humanização Assistência Hospitalar (PNHAH), o Ministério da Saúde pauta a criação de mecanismos de escuta tais como ouvidorias, pesquisa de satisfação, grupos de voluntários, entre outros:

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2001, p.7).

Essa proposta incorporava, entre seus principais objetivos:

[...] constituir-se como espaço coletivo democrático, de escuta, análise, elaboração e decisão; Promover um fluxo de propostas e deliberações; Dar apoio e ressonância às diversas iniciativas humanizadoras dentro do hospital, cuidando das articulações necessárias para sua sobrevivência e ampliação; Conceber estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores (reconhecendo-se, ela própria, como um dos mais significativos instrumentos de integração existentes no hospital); Conceber formas de participação da comunidade, buscando os pontos de intersecção com entidades da sociedade civil, com o poder público, e outras instituições . (BRASIL,2001, p.33).

Neste PNHAH, nota-se uma ênfase em processos de participação que diminuam as assimetrias entre os atores organizacionais entre si e entre estes e os atores sociais, pode-se dizer uma ênfase na igualdade.

A política de gestão participativa do SUS começa a ganhar contornos mais nítidos a partir da criação da Secretaria de Gestão Participativa na estrutura do Ministério da Saúde em 2003. Em junho de 2005, esta Secretaria foi reorganizada como Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e assim institucionalizada pelo Decreto nº. 5.840 de 13/07/06 da Presidência da República.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS), define o conceito de gestão participativa como uma noção abrangente de envolvimento individual e coletivo de diferentes atores, em momentos do processo de construção do cuidado que vão desde as decisões sobre políticas – dentro e fora do setor da saúde, em ambientes estatais e sociais – ao cotidiano das unidades de saúde (BRASIL, 2006).

O ParticipaSUS fundamenta-se principalmente nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, na legislação do SUS e no atual Plano Nacional da Saúde (PNS), que identifica a necessidade do fortalecimento das instâncias do controle social realizado pelos Conselhos de Saúde e propõe a capacitação dos diversos segmentos que os compõem.

O Ministério da Saúde vem propondo a implantação de conselhos de gestão nos estabelecimentos de saúde ambulatoriais e hospitalares, públicos, conveniados e contratados. O ParticipaSUS preconiza também a qualificação e promoção da humanização e da solidariedade nas relações entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários, ampliando desta forma os canais de comunicação e a co-responsabilidade desses atores com o processo de produção social da saúde, da garantia do acesso integral e da equidade.

A proposição de contratualização dos hospitais de ensino, num primeiro momento, e dos hospitais filantrópicos, mais recentemente, aponta para uma outra forma de relação entre os atores estatais e organizacionais dos hospitais. A realização de contrato busca substituir a relação de financiamento por procedimento pelo estabelecimento de metas e objetivos que

estas organizações devem alcançar. Esta proposição tem a intenção de ampliar a capacidade de os atores estatais incidirem no planejamento e na oferta de serviços dessas organizações. Dentre as diretrizes propostas pelo Ministério para a formatação do contrato nestes hospitais, está a inclusão de mecanismos de participação. No entanto, há que se pesquisar o quanto esta proposta tem se constituído em fóruns, mecanismos e dispositivos concretos de participação nos hospitais.

Nota-se que, ao longo da história dos hospitais no país, há um processo de construção que auxilia na compreensão dos processos de participação nessas organizações. Pode-se observar que as mudanças ocorridas no sistema de saúde e a ampliação da assistência médica individual através dos hospitais vão conformando diferentes formas de participação dos atores nessas organizações. Nos momentos em que a assistência tinha como lógica uma organização corporativa, os beneficiários dos serviços participavam a partir de sua representação dos espaços de decisão.

O contexto de ditadura exclui essa participação, mas amplia a relação dos atores estatais com os hospitais. A participação direta dos atores estatais anteriormente se restringia às instituições que eram próprias do Estado. Apesar de existir relação entre os atores estatais e os hospitais em toda história da organização hospitalar no país, o que diferencia o período da ditadura dos momentos anteriores é que os atores estatais passaram a influenciar fortemente o conjunto dos hospitais por meio dos dispositivos de financiamento e de regramento do sistema de saúde como um todo.

Há uma mudança importante a partir da ampliação do acesso e da oferta de serviços hospitalares com financiamento público, tornando a maior parte dos hospitais dependentes dos recursos do estado e diminuindo a participação da sociedade na manutenção dessas instituições. Esse processo, aliado com o empresariamento dos hospitais, altera as relações de poder no interior dessas instituições, na medida em que a Igreja, inicialmente um ator importante, passa a ser menos relevante nessas organizações com a inclusão dos médicos e administradores.

A participação dos atores sociais faz parte da história das organizações hospitalares, em especial as instituições filantrópicas, que são em maior número no Brasil até o momento atual. No entanto, esta participação está circunscrita às elites políticas e econômicas que, mesmo com a ampliação do financiamento estatal dessas organizações, não deixou de ocorrer, por outro lado há uma diminuição evidente da influência dos atores sociais ligados à Igreja nestas instituições, na medida em que deixam de ter como principal fonte de financiamento a

filantropia.

Na trajetória das instituições hospitalares no Brasil, pode-se perceber que a participação dos atores nos hospitais está diretamente ligada aos recursos de poder dos diferentes atores e grupos de interesses. O formato institucional das políticas e das próprias instituições são o resultado das disputas e (re)produzem as assimetrias na distribuição dos recursos de poder. Ou seja, os hospitais são instituições que conferem a médicos e administradores maiores poderes internamente nos hospitais e também são instituições que conferem poder aos atores estatais e societais ligados a eles, conformando um grupo de interesses que disputam as políticas de saúde.

Pode-se apreender que atores estatais e societais sempre estiveram presentes nos hospitais e principalmente na definição dos rumos dessas instituições no país, mesmo que em sua maioria tratava-se de uma rede privada de serviços. O próprio processo de modernização dessas organizações ocorreu a partir de um forte incentivo dos atores estatais. Ao mesmo tempo os atores societais ligados aos hospitais foram influentes nos processos de definições das políticas na área da saúde. No entanto, há uma mudança importante nos atores societais com influência nessas organizações e, portanto no sistema. Os atores societais sociais, ligados à Igreja e a comunidades filantrópicas, deixam de ser influentes nos hospitais, onde passa a existir a organização de atores societais numa lógica marcada pelo mercado.

A participação revela-se fortemente orientada por uma concepção de quem são os atores legítimos e com direito de participar e que, em especial, reproduzem as relações de assimetria e de poder da sociedade. Se a participação dos usuários pagantes dos serviços, individualmente ou através de planos de saúde, os coloca em uma situação privilegiada de escuta nos hospitais, quanto aos demais usuários, esses dispõem de canais mais restritos para o seu envolvimento em toda a história dos hospitais.

Com a organização do Sistema Único de Saúde, em especial a universalização do direito à saúde e a organização de processos de participação do sistema conformam um momento em que o tema da participação toma outra perspectiva. Sobre a participação dos atores societais, as proposições apontam para uma perspectiva de inclusão dos atores tradicionalmente excluídos dos processos de decisão das políticas e que de fato são os beneficiários dos serviços. Trata-se, pois, de posições que propõem a superação da representação societal apenas pelas elites políticas e econômicas nessas organizações e a possibilidade de inclusão dos atores segundo num conceito de cidadania e não de pagantes dos serviços.

A participação dos atores estatais nos hospitais está fortemente orientada pelas diferentes posições acerca das responsabilidades do Estado em prover ele mesmo os serviços de saúde ou comprá-los dos provedores privados. Além disso, esta participação está circunscrita pelos processos de disputa entre os atores quanto ao papel do Estado em regular e controlar mais ou menos a execução dos serviços de saúde realizados nos hospitais.

A participação dos atores organizacionais tem como referência as relações hierárquicas de poder no interior dessas organizações, onde médicos e administradores contam com recursos de poder diferenciados em relação aos outros trabalhadores. Neste caso as propostas de participação surgem com o objetivo de produzir relações menos assimétricas e hierárquicas entres esses atores.

Os atores tendem a considerar sob perspectivas diferentes a inserção dos hospitais na saúde e dos atores nessas organizações. Enquanto, para atores defensores do controle público da saúde, são serviços fundamentais, mas não únicos, para a integralidade e que precisam ser regulados publicamente, para os atores defensores do mercado são serviços ofertados pelo mercado a quem possa pagar e seletivamente disponibilizados para todos a partir de subsídios advindos do Estado.

As idéias até aqui apresentadas buscaram apresentar o contexto em que estão inseridas as instituições hospitalares no campo da saúde, os principais atores em disputa no campo, as críticas e proposições de mudanças do último período. Como síntese não se pretende esgotar a diversidade de aspectos sobre a participação nessas organizações. Mas orientar a análise dos dispositivos de participação com a inclusão de novos atores nos hospitais. E neste sentido, para se compreender o processo de participação nas instituições hospitalares, é fundamental apresentar os conceitos e abordagens teóricas sobre participação, uma das diretrizes constitutivas do Sistema de Saúde Brasileiro, proposta pelos atores do movimento sanitário. Segundo Ferla:

O direito à saúde, segundo as disposições legais vigentes atualmente no país, é um duplo direito: direito de acesso às ações e aos serviços de saúde e direito de participação na formulação e no acompanhamento das políticas para esse setor (2006, 8).

O direito à saúde como participação da comunidade no sistema de saúde está expresso na Constituição (BRASIL, 1988) e na Lei Federal nº 8.142 (BRASIL, 1990), que estabelece que as Conferências e os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas que devem existir e operar em cada esfera de governo para propor diretrizes, formular estratégias e controlar a execução das políticas de saúde. Tais espaços têm representantes de todos os atores sociais

que compõem o setor de saúde pública, governo, prestadores públicos e privados de serviço, trabalhadores e usuários. Os usuários são considerados como os participantes preferenciais destes fóruns, pois representariam setores sociais tradicionalmente excluídos ou com pouca ascendência sobre os processos de decisão política do setor saúde (CORTES, 1996).

A ampliação da participação nos serviços de saúde em geral e nos hospitais é defendida em resoluções de conferências de saúde que deliberaram pela criação de conselhos gestores em todos os serviços. Estes fóruns propiciariam a inserção e ampliação dos espaços de participação de outros atores nos serviços, fruto de propostas de um conjunto de atores que consideram esta inserção estratégica para a sua posição no campo da saúde.

Há que se considerar que, especificamente nos hospitais, o tema da participação toma outra perspectiva. Mesmo os hospitais públicos cumprem o papel de prestadores de serviços relativamente autônomos em relação aos gestores públicos. Assim médicos e administradores, que dominam a hierarquia de poder nos hospitais, têm relativa autonomia nas formulações das políticas e prioridades dos serviços hospitalares. São outros atores sociais, e não apenas usuários, que buscam participar das decisões nos hospitais. Através de diversos mecanismos de participação, que foram sendo criados, os próprios gestores do sistema e demais trabalhadores de saúde também procuram aumentar seu poder de influenciar decisões nas instituições hospitalares.

Essa constatação refere-se à perspectiva de que os atores relacionados com a política de saúde não podem ser distinguidos apenas a partir da sua relação com o Estado e com a sociedade. No caso específico da participação nos hospitais, ainda é necessário distinguir os atores organizacionais, quais sejam, administradores, médicos e demais trabalhadores, e atores não organizacionais, gestores do sistema de saúde e usuários.

Nesse trabalho os atores são categorizados considerando os organizacionais, administradores, médicos e demais trabalhadores, denominação atribuída nessa análise para o restante dos profissionais de saúde de nível superior, tais como enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, e trabalhadores de nível médio e elementar que atuam nas instituições hospitalares; os estatais, isto é, gestores do sistema de saúde federal, estadual e municipal, e os societais, especificamente os usuários. A distinção entre médicos e demais trabalhadores é relevante para essa pesquisa na medida em que há o reconhecimento de que aqueles detêm recursos de poder diferenciados em relação aos outros trabalhadores nas instituições de saúde em geral e particularmente nas hospitalares.

Outro aspecto a considerar é que os atores também se relacionam numa rede e

conformam comunidades de política, ou seja, aglutinam-se com base em um conjunto de idéias, e apesar de estarem inseridos nos diferentes espaços dos governos, da sociedade e das organizações, compõem grupos de interesses que não se explicam apenas a partir da sua vinculação institucional (CORTES, 2007).

Os dispositivos de participação podem resultar em diferentes tipos de envolvimento dos participantes nas instituições, como negociação, manipulação, delegação, consulta, informação e participação nos processos de decisão política (ARNSTEIN, 1969; HAM, 1980; LEE & MILS, 1985; PAUL, 1987 apud CORTES, 1996). As diferentes possibilidades de envolvimento dos atores expressam as finalidades institucionais e políticas desses fóruns nos hospitais. A compreensão do papel que desempenham na organização para além do que normativamente está estabelecido pode ajudar a explicitar o tipo de envolvimento que deles resultam.

A idéia de participação desfruta de certo consenso no campo saúde no Brasil. Entretanto há distinções entre os tipos de participações defendidas, as quais estão relacionadas às posições dos atores no campo. Os defensores da organização da produção de serviços de saúde com controle público do sistema consideram que os participantes são cidadãos e mais especificamente utilizam o conceito de usuário. Para estes atores, os níveis de envolvimento dos participantes devem ser prioritariamente controlados pelo cidadão, que deve ter garantido seu poder de decisão. Em relação aos tipos de envolvimento nos processos de participação, sua perspectiva é a de igual poder dos participantes e de capacidade de os interessados influírem na decisão política. O propósito de promover a participação pretende principalmente a partilha equitativa do poder. Estes atores foram identificados como a comunidade da política da reforma sanitária (CORTES, 1996).

Aqueles que defendem que o mercado seria o regulador dessa produção são atores identificados como uma comunidade da política que consideram os participantes na perspectiva de consumidores, usualmente denominados clientes. Sua participação inclui informação e consulta, ou seja, a possibilidade de ser ouvido e obter informações, mas não necessariamente interferência na decisão. O propósito de promover a participação visa principalmente à capacitação dos beneficiários, ao aumento da efetividade e à melhoria na eficiência.(CORTES, 1996).

Macedo (2005) analisou a produção científica a respeito da participação e do controle social no setor saúde. A partir desse trabalho pode-se observar que as análises frequentemente realizadas sobre os fóruns de participação na saúde tendem a investigar o quanto estes

respondem ou não às normativas existentes. Ou seja, a que ponto os conselhos de saúde deliberam sobre as políticas segundo o previsto em lei, bem como os aspectos considerados limitadores para o desempenho desse papel.

Por outro lado, Cortes, identifica que o papel que os fóruns de participação desempenham nas organizações e no sistema não se restringe ao papel de deliberação nos processos decisórios. Segundo ela:

Eles podem se constituir como espaços nos quais as decisões já tomadas são legitimadas, negociam-se o estabelecimento de consensos, ocorrem disputas em torno de propostas conflituosas ou simplesmente arregimentam-se forças para disputas que, de fato, ocorrem em outros lugares (CORTES, 2006, p.99).

Nesse sentido, o presente trabalho parte do pressuposto que os processos de decisão no setor saúde ocorrem em diferentes espaços, não apenas nos fóruns de participação instituídos, por isso busca identificar qual o papel que os fóruns de fato desempenham no hospital.

## **5 O GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: HISTÓRICO E DESCRIÇÃO DOS COLEGIADOS E MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO**

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é o maior complexo de saúde do sul do país, com responsabilidade assistencial de parcela significativa da população da região metropolitana e referência em algumas áreas para todo o estado do Rio Grande do Sul. É composto por três empresas: Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. (HNSC), que também contempla o Hospital Criança Conceição (HCC) e o Serviço de Saúde Comunitária (SSC), Hospital Cristo Redentor S.A. (HCR) e Hospital Fêmeina S.A. (HF). O primeiro e o maior deles é um hospital geral, o segundo, um hospital infantil, o terceiro, um hospital de trauma e o último, um hospital materno-infantil.

Atualmente o GHC atende exclusivamente o Sistema Único de Saúde e situa-se em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. O Serviço de Saúde Comunitária – SSC, composto por doze Unidades de Saúde que atendem na lógica da saúde da família. O chamado GHC, constituído sob a forma de três Sociedades por Ações, tem como acionista majoritário a União Federal e é vinculado ao Ministério da Saúde desde 1975.

O GHC, em 2006, contava com 6.047 trabalhadores, 1.559 leitos, produzindo em média 4870 internações mês, 110.482 consultas, 2875 cirurgias e 800 partos. Quanto à população atendida, 50% são da cidade de Porto Alegre, 40% da Região Metropolitana e 10% de outros municípios do Estado e do Brasil. Forma um terço dos especialistas em medicina no Rio Grande do Sul e propicia campo de estágio para alunos de 24 faculdades da área de saúde (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2006).

A estrutura organizacional do GHC é formada pelo Conselho de Administração (CA), e três diretores: Diretor Superintendente, Diretor Técnico e Diretor Administrativo Financeiro. A estes estão submetidos os demais níveis hierárquicos da organização, ao todo 21 gerentes e 159 coordenadores no ano de 2006. Os três diretores do Grupo são indicados pelo Ministro da Saúde e eleitos pelo Conselho de Administração.

Esse quadro coloca o GHC entre as instituições de saúde do país que mais recebem recursos federais da saúde, sendo que os repasses da União para o GHC são maiores que o de muitos estados da Federação. O orçamento do GHC é o terceiro maior do Estado, considerando os orçamentos da saúde, sendo menor apenas que a Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

O Hospital Cristo Redentor foi o primeiro do Grupo a ser construído, tendo iniciado seu funcionamento em 1959. Na década de 60 do século XX, foram construídos os hospitais

Nossa Senhora Conceição (1962) e Criança Conceição (1966). Em 1972 houve aquisição do controle acionário do Hospital Fêmeina, inaugurado e posto em funcionamento em 1973. Todos esses hospitais foram construídos por Jahyr Boeira de Almeida, administrador do GHC até 1975.

Após sucessivas denúncias de irregularidades administrativas e superfaturamento nas contas dos hospitais do GHC frente ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), houve um processo de desapropriação e intervenção no GHC através da publicação do decreto do então Presidente Militar Ernesto Geisel nº 75.403, de 20 de fevereiro de 1975, que desapropriava as ações constitutivas do capital das empresas do Grupo. A intervenção ocorreu a partir da nomeação de um Almirante da Marinha como Diretor Presidente do GHC, ainda no ano de 1975. Dessa forma o GHC deixa de ser uma empresa privada de prestação de serviços de saúde para constituir-se numa instituição pública federal ligada ao Ministério da Saúde.

Os anos que se seguiram à intervenção militar são reconhecidos como de repressão da expressão e da participação dos trabalhadores no GHC, característicos da ditadura militar que vigorava no país. O processo de abertura democrática, ocorrido no início da década de 80, tem implicações também no GHC, com a organização dos trabalhadores. São fundadas a Associação dos Médicos do Hospital Nossa Senhora Conceição - AMEHC, a Associação dos Médicos do Hospital Cristo Redentor – AMEHCR, a Associação dos Médicos do Hospital Fêmeina - AMEHF, e a Associação dos Servidores do Grupo Hospitalar Conceição – ASSERG.

O processo de abertura democrática no GHC também resulta em uma série de movimentos dos trabalhadores por melhores salários e participação. O movimento grevista de 1986 resultou num processo de eleições diretas para os cargos de chefia dos hospitais do grupo. Em 1988, a partir da nomeação de nova diretoria para o GHC, deixaram de existir esses processos eleitorais. A manutenção dos processos de escolhas por voto direto dos funcionários para as chefias nos hospitais e nos serviços e outras pautas de reivindicações foram desencadeadores do processo de greve em 1988. Esta foi fortemente reprimida, com demissão de mais de cem funcionários, o que resultou num processo de desarticulação do movimento dos trabalhadores.

No entanto, o papel das associações criadas no momento da reabertura democrática é destacado como importante mecanismo de articulação dos trabalhadores do GHC. Durante toda a década de 90 significou a possibilidade de expressão e de reivindicação dos trabalhadores, tanto no que diz respeito às questões salariais e de direitos trabalhistas, quanto

às questões contrárias à transformação dos hospitais em Organizações Sociais (OS) e a venda do Hospital Fêmina.

A sua história anterior como instituição privada e a manutenção da figura jurídica como Sociedade Anônima confere ao GHC características diferentes das outras organizações hospitalares públicas do país. Em especial o vínculo empregatício dos trabalhadores é regulado pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), não sendo esses funcionários estatutários como os demais hospitais públicos.

Essa distinção é importante para compreender a organização dos trabalhadores do Grupo. Um dos aspectos é que a regulamentação dos direitos ocorre a partir dos dissídios coletivos anuais, estabelecidos entre os sindicatos patronais (que reúnem os demais hospitais filantrópicos e privados do RS) e os sindicatos dos trabalhadores da saúde (Sindisaúde, Sindicato Médico, Sindicato dos Enfermeiros, etc).

As associações do Grupo têm um papel importante nessas negociações, sendo que inúmeras vezes foram produzidos acordos coletivos entre estas e as direções do Grupo, conferindo a estes trabalhadores organizados um poder significativo em relação à direção dos hospitais e às decisões sobre as relações de trabalho, em especial direitos e deveres trabalhistas. Mesmo que circunstanciadas pelos governos, estas são estabelecidas especificamente para o GHC.

Diferem, pois, das demais organizações hospitalares públicas do país, em que as carreiras dos trabalhadores estão vinculadas diretamente às estruturas do Estado, seja federal, estadual ou municipal, portanto dependentes de negociações mais gerais do conjunto dos trabalhadores. Disso resulta que os salários dos trabalhadores do GHC são maiores se comparados com os demais hospitais do Rio Grande do Sul. Por outro lado, há no GHC processos de controle sobre os deveres trabalhistas também distintos se comparados com os hospitais públicos. Por exemplo, demissões sem justa causa, não havendo estabilidade de emprego, ponto eletrônico de controle de carga horária (aspecto relevante, visto que a maioria dos serviços públicos não sofre controle rigoroso de cumprimento de carga horária; em especial na área da saúde, o cumprimento do horário de trabalho, principalmente dos médicos, é um tema freqüentemente em debate).

Outro aspecto relevante para se compreender o GHC é a sua vinculação direta ao Ministério da Saúde, sendo a única estrutura de saúde ainda nesta condição no Estado. Mesmo que o município de Porto Alegre e o Estado do Rio Grande do Sul se encontrem em gestão plena do sistema e, portanto, responsáveis pela regulação e financiamento do conjunto dos

serviços de saúde dos seus territórios, o GHC permanece sobre gerência do Ministério da Saúde.

È o único serviço do Estado em que o Conselho de Administração é composto diretamente pelo ministério da saúde, sendo que, via de regra, são membros desse conselho o próprio Ministro ou o seu substituto, ou seja, há mais presença do Ministério da Saúde no GHC do que na relação com as Secretarias Municipais de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde.

Isso confere ao GHC autonomia em relação aos outros entes federados, mais especificamente, essa possibilidade de articulação direta com o Ministério da Saúde lhe atribuiu poder na organização dos serviços e capacidade de operar políticas definidas por aquele, independente da concordância ou decisão dos gestores locais.

Uma outra questão que merece destaque e que diferencia o GHC dos demais hospitais do país é o fato de haver uma rede de atenção básica diretamente ligada ao Grupo. Ainda na década de 80 foram construídos os primeiros postos de saúde para o atendimento da população da Zona Norte da cidade, conformando o Serviço de Saúde Comunitária, que atualmente é composto por 12 postos de saúde.

Alguns desses postos de saúde foram construídos a partir de uma forte articulação da população do entorno do hospital. Foi através deste serviço que se iniciou a organização de dispositivos de participação coletiva que incluem os usuários de serviços, muitas dessas unidades contam com Conselhos Locais, e no início da década de 90, foi formado o Conselho da Intercomunitária, fórum no qual participam trabalhadores, gestores e usuários destes postos de saúde.

Esse conselho e a articulação dos trabalhadores com a população do entorno do hospital constituem um dispositivo reconhecido de pressão em relação às direções do Grupo. Há inúmeros movimentos de resistências às propostas das direções, bem como de disputa por infra-estrutura e qualidade de atendimento resultantes dessa aliança. Nesse sentido, o GHC é uma instituição que contava com organização tanto de trabalhadores como de usuários. A existência desta organização pressupõe um processo de articulação desses atores no sentido de pôr na agenda da direção do grupo os seus temas a partir da pressão.

A partir de 2003, foi estabelecida pela direção do GHC a democratização da gestão como uma das diretrizes de gestão para o quadriênio 2003-2006. Dentre as ações desenvolvidas neste sentido destacam-se a criação do Conselho Gestor (CG), do Colegiado de Gestão com a participação de todo o corpo dirigente da Instituição e a ampliação do Conselho

de Administração com a inclusão dos gestores estadual e municipal de saúde, de representante de usuários e representante dos trabalhadores, eleito por voto direto. Além disso, criou um mecanismo de participação dos trabalhadores e usuários para a elaboração do Plano de Investimentos (PI) do Grupo (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2006a).

A implantação desses mecanismos de participação coletiva no Grupo Hospitalar Conceição o caracteriza como uma organização com destaque na institucionalização de dispositivos que incluem novos atores, além de médicos e administradores, no hospital. Este é percebido a partir de premiações que a instituição recebeu pela democratização da gestão, como o Prêmio Sérgio Arouca<sup>15</sup>.

Os mecanismos de participação coletivas encontrados no GHC e que serão objeto desta análise são o Conselho Gestor, o Conselho de Administração e o Plano de Investimento. Estes serão aqui apresentados considerando-se três aspectos: 1) o contexto de criação ou de alteração para inclusão de novos atores; 2) os *objetivos e características normativas e formais*, ou seja, as competências estabelecidas através das normas legais que os regulamentam; 3) a composição prevista no regramento dos fóruns, ou seja, quem são os participantes definidos normativamente.

### 5.1 Conselho Gestor

O Conselho Gestor foi criado em 2004 através de portaria da direção do Grupo Hospitalar Conceição, e esta foi resultado de negociação com o conselho municipal de saúde de Porto Alegre, tendo sido aprovada nessa instância de controle social, sendo que o Conselho Gestor é um fórum permanente e que tem a prerrogativa formal de deliberar sobre as questões do hospital.

Tem como objetivo “[...] atuar na elaboração do planejamento, avaliação, fiscalização e controle da execução das políticas e das ações de saúde, inclusive nos seus aspectos financeiros, em sua área de abrangência” (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2004).

Dentre as competências estabelecidas para o Conselho Gestor destaca-se a participação na formulação das prioridades, metas e estratégias de ação com o objetivo de orientar o planejamento anual do GHC e sua permanente inserção nas necessidades loco-

---

<sup>15</sup> O Premio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS teve como objetivo premiar experiências exitosas de gestão participativa no Sistema Único de Saúde. Foi organizado pela Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde em conjunto com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasens. O relato da experiência do Grupo Hospitalar Conceição acerca do Plano de Investimento, realizado por Luis Ribeiro, foi selecionada entre as cinco melhores experiências do país.

regionais e as determinações do Gestor Municipal e do Conselho Municipal de Saúde; aprovação, controle, acompanhamento e avaliação do Plano de Gestão do GHC; acompanhamento, avaliação e fiscalização dos serviços e as ações de saúde prestadas à população; exame de propostas, denúncias e queixas encaminhadas por qualquer pessoa ou entidade.

O Conselho Gestor do GHC tem composição tripartite com 50% (cinquenta por cento) de representantes usuários, 25% (vinte e cinco por cento) da Administração Pública e 25% (vinte e cinco por cento) representantes dos trabalhadores da saúde (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2004).

Compõe-se de 28 membros efetivos e igual número de suplentes, sendo 14 representantes de usuários, 8 representantes escolhidos pelo Conselho Municipal e 6 pelo Conselho Estadual de Saúde, 14 representantes do governo/prestadores/profissionais de saúde, 4 do corpo diretivo do GHC; 1 do Governo Municipal, 1 do Governo Estadual; 1 da Associação dos Prefeitos da Região Metropolitana de Porto Alegre – GRAMPAL, 7 das entidades associativas e sindicais dos trabalhadores do GHC (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2004).

## **5.2 Conselho de Administração**

Formalmente, devido à existência de três empresas de sociedade anônima, há três Conselhos de Administração no GHC. No entanto, na prática trata-se de um mesmo fórum, que, devido às exigências legais, gera documentos específicos para cada uma das suas empresas. É o órgão de deliberação máxima do GHC, em funcionamento desde sua origem, previsto nos estatutos das empresas que compõem o grupo.

Cabe, segundo os estatutos de tais empresas, ao Conselho de Administração eleger a Diretoria, fixar a orientação geral das ações do GHC e a gestão dos diretores, manifestar-se sobre o relatório da Diretoria e as demonstrações financeiras, aprovar o Regimento Interno e o Regulamento de Pessoas e respectivas alterações, aprovar o planejamento anual das atividades e também os orçamentos básicos, autorizar a celebração de convênios para prestação de serviços hospitalares e aprovar os instrumentos respectivos, dirimir divergências entre os diretores sobre assuntos da Administração (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2006b).

A partir da intervenção federal no hospital, os membros do Conselho de Administração passaram a ser indicados pelo Ministério da Saúde, sendo obrigatória a

presença de representantes dos acionistas minoritários e do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, tendo no mínimo três e no máximo seis membros. Desta forma a composição do Conselho de Administração, se varia no decorrer do tempo em número de membros, tradicionalmente, contudo, estes são representantes do Ministério da Saúde, do Ministério de Planejamento e Gestão, além do Diretor Superintendente do GHC.

A partir de 2003 deu-se o cumprimento, previsto nos estatutos e até então não efetivado, da obrigatoriedade da presença do representante de empregado, eleito diretamente entre seus pares. Segundo os estatutos, o Ministro da Saúde deve escolher como membro do Conselho de Administração “[...] brasileiros de notórios conhecimentos e experiência, idoneidade moral e reputação ilibada”(GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2006b).

Estes representantes eram sempre escolhidos entre pessoas do Ministério da Saúde, mas em 2003 alterou-se isso na medida em que, além destes, para compor o conselho, passaram a ser indicadas pelo Ministro da Saúde a representação do gestor municipal de saúde de Porto Alegre, do gestor estadual de saúde do Rio Grande do Sul e do representante de usuário do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

Desta forma a composição do Conselho de Administração para os mandatos de 2003 a 2006 foi de 3 representantes do Ministério da Saúde, 1 do Ministério do Planejamento e Gestão, 1 dos trabalhadores, 1 da Secretaria Municipal de Saúde e Porto Alegre, 1 da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 1 do Conselho Estadual de Saúde e o Diretor Superintendente do GHC.

### **5.3 Plano de Investimento**

O Plano de Investimento PI é um dispositivo de participação criado no GHC desde o ano de 2003, quando os trabalhadores e usuários passam a participar do processo de definição dos investimentos dos hospitais e das unidades de saúde do GHC. Este processo é inspirado no Orçamento Participativo, praticado em Porto Alegre desde 1989 como alternativa de participação e democratização da forma de discussão dos investimentos no GHC (RIBEIRO, 2006).

A estrutura organizativa do PI consta de duas etapas realizadas anualmente – a constituição de uma comissão eleita diretamente pelos trabalhadores por local de trabalho, ou seja, os representantes do PI, e o Fórum Geral dos Trabalhadores e Usuários, estes últimos indicados pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e pelo Conselho Gestor do

GHC.

Através dos representantes eleitos do PI, que formam as comissões por local de trabalho, identificam-se as necessidades de investimentos das diversas áreas das unidades hospitalares e dos postos de saúde. Através do fórum geral dos trabalhadores e usuários, que reúne as diversas comissões locais, são priorizados e aprovados os investimentos anuais no GHC.

Este processo foi concebido tendo como principais objetivos e resultados “[...] a transparência na aplicação dos recursos para o investimento, o acesso dos trabalhadores e usuários às informações das necessidades e da capacidade de investimento da instituição, e principalmente a ampla participação destes atores no sentido de qualificar cada vez mais a integração interna e externamente, melhorando o atendimento à população, qualificando o ambiente de trabalho e proporcionando melhores condições para a execução deste” (RIBEIRO, 2006).

A composição do fórum do PI é de trabalhadores eleitos diretamente pelos seus pares, sendo o número de vagas proporcional ao número de trabalhadores de cada unidade hospitalar e do Serviço de Saúde Comunitária. No ano de 2003 a eleição dos representantes ocorreu por setor; para 25 trabalhadores ou fração elegiam-se 1 delegado e 1 suplente. A partir do ano de 2004 o voto passa a ser universal e não por setor, numa proporção de 1 representante para cada 40 trabalhadores, sendo incluídos usuários indicados pelo Conselho Municipal de Saúde e das Unidades Básicas do GHC. Não é permitida a eleição de pessoas que exerçam cargos de chefia como representantes de trabalhadores do PI.

## 6 O PAPEL DOS COLEGIADOS E MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO

Os mecanismos coletivos de participação apresentados têm como finalidade constituir-se em espaços nos quais devem ocorrer os processos decisórios do GHC. No entanto, este trabalho objetiva identificar na prática o papel que efetivamente cumprem através do funcionamento destes fóruns, da caracterização das relações no interior deles e da influência que têm na instituição.

O funcionamento dos mecanismos de participação será apresentado a partir da descrição das dinâmicas dos diferentes fóruns, ou seja, como ocorrem, começam e se desenvolvem as reuniões, a frequência das mesmas, como se constroem as pautas, qual a infra-estrutura institucional disponibilizada, que outras atividades são correlatas à existência do fórum.

A caracterização das relações no interior destas instâncias de participação será feita através da identificação de quais os atores envolvidos no processo participatório, quem são os participantes, mais especificamente quem tem poder nos diferentes fóruns instituídos, o que pode ser verificado através da *presença dos atores* e da *identificação de quem faz a sua agenda*, ou seja, quem tem maior influência na construção da pauta do mecanismo de participação.

Para identificar a influência dos dispositivos de participação na organização, serão analisadas as questões pautadas por esses fóruns; para tal será utilizada a categorização que considera quais os grandes temas em que se concentram as discussões nas reuniões, listados a partir da análise das atas. No caso do Conselho Gestor (CG) esses temas foram os seguintes: questões trabalhistas/profissionais de saúde, funcionamento do conselho, gestão do cuidado e organização dos serviços, gestão financeira e planejamento e avaliação da instituição. No Conselho de Administração (CA) foram gestão administrativa, gestão financeira, gestão de pessoas, funcionamento do conselho, gestão da atenção e assuntos gerais.

O Plano de Investimento (PI) não é um fórum, é um mecanismo participativo que tem uma pauta única, qual seja, definir os investimentos do Grupo Hospitalar Conceição. Neste caso a influência do PI na organização se identificou a partir da possibilidade de efetivamente interferir nas decisões sobre essa temática.

Os mecanismos de participação, CG, CA e PI, foram caracterizados conforme as seguintes categorias: *a natureza do objeto da participação* na gestão em geral (inclusive investimentos), na gestão de processos administrativos/operacionais, na gestão de processos de cuidado (ampliação da clínica); *o âmbito da participação* quanto à alta gerência, gerência

estratégica (de cuidado), gerência intermediária, gestão de insumos, equipes/serviços, processos de trabalho; *a implementação das definições deliberadas pelos fóruns.*

Portanto, para cada um dos mecanismos de participação analisados neste trabalho, buscou-se caracterizar o seu funcionamento, as relações no interior dos fóruns, ou seja, quais os atores com poder e sua influência, que se traduz pelo poder do fórum na instituição.

### **6.1 Conselho Gestor: como se organiza, quais os atores com poder, qual o poder e o papel no hospital**

A estrutura do Conselho Gestor está vinculada à direção do GHC. Atualmente as reuniões são feitas no Auditório do HCR. O CG conta ainda com uma sala localizada nesse hospital, disponibilidade de telefone, computador e uma secretária com horário diário das 14 às 18 horas.

O CG do GHC reúne-se mensalmente desde novembro de 2004, sendo que sua agenda anual é pactuada na primeira reunião do ano entre os seus membros, associada às reuniões do Conselho Estadual de Saúde, para que possa contar com a presença dos membros indicados por este e que são do interior do Estado. Desta forma as reuniões do ano de 2006 ocorreram nas últimas quarta-feira do mês, das 18 às 20 horas no inverno e das 19 às 21 horas no verão.

O CG conta com uma coordenação de seis membros, eleita pela plenária, sendo esta paritária, 50% de usuários, 25% de gestores e 25% de trabalhadores. Quem preside esta coordenação e o Conselho é o Coordenador Geral, obrigatoriamente usuário. As reuniões são coordenadas pelo Coordenador Geral secretariado por um membro da coordenação, tradicionalmente um representante dos trabalhadores. As atas são confeccionadas pela estagiária do Conselho com auxílio dos membros da coordenação.

Na reunião plenária, como rotina, apresenta-se a pauta do dia, em seguida são feitos informes pela mesa e por qualquer membro do Conselho. Frequentemente esses informes são reclamações dos serviços, pedidos de esclarecimentos ou temas que acabam por se transformar em debates entre os membros. Em geral são feitos encaminhamentos, ou a temática transforma-se em pauta para outras reuniões. São na verdade os momentos em que ocorrem debates acalorados e nos quais são definidos os temas polêmicos que preocupam a instituição, debatidos tanto na mídia, quanto internamente nos hospitais do grupo.

Os temas em pauta são normalmente apresentados por alguém do GHC, um gestor ou trabalhador, e os membros do Conselho fazem questionamentos, sugestões ou críticas.

Normalmente não são consolidadas deliberações formais do Conselho sobre os temas apresentados. Parece que se parte do pressuposto que as sugestões apresentadas e não questionadas durante a reunião serão acolhidas.

Após o debate dos pontos de pauta discute-se a pauta da próxima reunião, normalmente sugerida pelo coordenador do conselho e acolhida pelos demais. Às vezes os membros do Conselho sugerem pautas que são acatadas pelo coordenador. Quando a pauta da próxima reunião não ficou definida, a coordenação do conselho a formula posteriormente.

As reuniões têm características informais. Apesar de haver inscrições para intervenções, elas nem sempre são obedecidas. A intervenção da mesa diretora é muito freqüente no sentido de responder as questões apresentadas pelos membros do conselho ou de comentá-las. Com freqüência há debates animados em que as inscrições não são seguidas e as discussões apresentam outras questões não diretamente relacionadas aos temas em pauta. As atas não são encaminhadas aos membros do conselho e tampouco aprovadas em reunião.

Outra atividade freqüente dos membros do CG é a realização de visitas nas áreas do hospital sobre as quais há denúncias de mau atendimento ou reclamações variadas; há projetos de mudanças tanto de áreas físicas quanto de processos de trabalho. Ou seja, visitam-se locais do hospital objetos de discussão nas reuniões do conselho. Nessas visitas, algumas vezes ocorrem reuniões com os gestores e os trabalhadores diretamente envolvidos nas reclamações ou nos os projetos de mudanças.

Membros do Conselho Gestor, em especial os representantes dos usuários, são convidados a participar de outras atividades do hospital. Quando o Conselho Gestor recebe convites e há reunião prevista, os representantes do Conselho que devem comparecer são definido em plenária; quando não há reunião, os representantes são indicados pela coordenação ou pelo coordenador geral.

Dentre as atividades destacam-se as inaugurações de instalações, a entrega de equipamentos e materiais, os lançamentos de projetos e programas, seminários sobre os mais diversos temas desenvolvidos no GHC, comissões que discutem questões permanentes, como Comissão de Igualdade Racial, Comissão de Acessibilidade e Mobilidade, comissões provisórias como as que discutiram a política de avaliação de desenvolvimento, política de saúde do trabalhador do GHC, entre outras.

Os Quadros 1 e 2 apresentam a composição formal do Conselho Gestor, conforme previsto no seu regramento institucional.

**Quadro 1:** Setores, Entidades e Números de representantes que compuseram o Conselho Gestor do GHC em 2004 e 2005

Setor	Composição do Conselho Gestor - 2004 e 2005	Nº
CES-RS	Usuários do Interior e Região Metropolitana	6
CMS- de Porto Alegre	Região Centro/ Noroeste	2
	Região do Eixo Baltazar	2
	Região Leste/ Nordeste	2
	Região Norte	2
<b>Total de Representantes de Usuários</b>		14
Associações/ Sindicatos no GHC	Titular: Aserghc - Suplente: Sindicato Assistentes Sociais	1
	Titular: SIMERS – Suplente: Sindicato dos Odontólogos	1
	Titular: Síndisaúde - Suplente: AMEHC	1
	Titular: Sindicato dos Enfermeiros - Suplentes: Sindicato dos Psicólogos	1
	Titular: Sindicato dos Farmacêuticos - Suplentes Sindicato dos Arquitetos	1
	Titular: Sindicato dos Nutricionistas - Suplente: Sindicato dos Administradores	1
	Titular: Sindicato dos Técnicos de RX - Suplente: Sindicato dos Contadores	1
<b>Total de Representantes de Trabalhadores</b>		7
GHC	Representantes do Grupo Diretivo	4
Gov. Estado	SES- RS	1
Gov. Munic	SMS- Porto Alegre	1
Granpal	Prefeitura da Região Metropolitana	1
<b>Total de Representantes de Gestores</b>		7
<b>Total de Representantes</b>		28

Fonte: Dados primários da pesquisa.

**Quadro 2:** Setores, Entidades e Números de representantes que compuseram o Conselho Gestor do GHC em 2006

Setor	Composição do Conselho Gestor – 2006	Nº
CES-RS	Usuários do Interior e Região Metropolitana	6
CMS- de Porto Alegre	Região Centro/ Noroeste	2
	Região do Eixo Baltazar	2
	Região Leste/ Nordeste	2
	Região Norte	2
<b>Total de Representantes de Usuários</b>		14
Associações/ Sindicatos no GHC	Titular: Sindicato Assistentes Sociais - Suplente: Sindicato dos Odontólogos	1
	Titular: SIMERS – Suplente: AMEHC	1
	Titular: Síndisaúde - Suplente: Sindicato dos Psicólogos	1
	Titular: Síndisaúde - Suplente: Sindicato dos Arquitetos	1
	Titular: Sindicato dos Enfermeiros - Suplente: Sindicato dos Administradores	1
	Titular: Sindicato dos Farmacêuticos - Suplente: Sindicato dos Contadores	1
	Titular: Sindicato dos Nutricionistas	1
	Titular: FESSRS	1
<b>Total de Representantes de Trabalhadores</b>		8
GHC	Representantes do Grupo Diretivo	4
Gov. Estado	SES- RS	1
Gov. Munic	SMS- Porto Alegre	1
<b>Total de Representantes de Gestores</b>		6
<b>Total de Representantes</b>		28

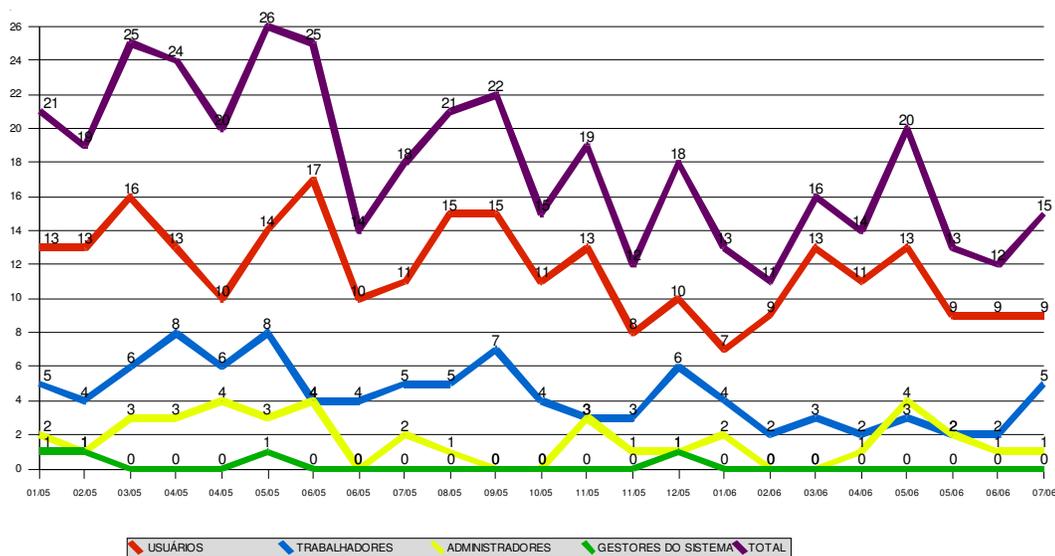
Fonte: Dados primários da pesquisa

A composição prevista é paritária entre os usuários e os demais representantes de trabalhadores e gestores. Na sua formação inicial, em 2004, o CG foi composto por: representantes dos usuários escolhidos pelo Conselho Municipal e Estadual de Saúde, representantes dos trabalhadores indicados pelos sindicatos e associações que têm vinculação com o Grupo Hospitalar Conceição. Os demais membros representavam a direção do Grupo, a Secretaria Municipal, Estadual de Saúde e a Associação dos Municípios da Grande Porto Alegre (Grampal).

Em 2005 foi alterada a composição inicial no sentido de diminuir a representação dos gestores do sistema de saúde. Eliminou-se a vaga do representante da Grampal e aumentou-se a representação dos trabalhadores através da criação de mais uma vaga para o Sindisaúde. A composição dos representantes dos trabalhadores também sofreu alteração com a saída da Associação dos Servidores do Grupo Hospitalar Conceição (ASERGH) do Conselho, pois está pediu o seu desligamento.

A composição formal do conselho não expressa quem são efetivamente os participantes do fórum. Uma indicação da participação efetiva é a presença nas reuniões. Nesse sentido o Gráfico 1 apresenta a freqüência nas reuniões por tipo de representantes que compõem o CG em 19 reuniões ordinárias e 4 extraordinárias entre janeiro de 2005 e dezembro de 2006.

**Gráfico 1:** Presença dos representantes dos usuários, trabalhadores, administração, gestor do sistema e total nas reuniões do Conselho Gestor de janeiro de 2005 a julho de 2006

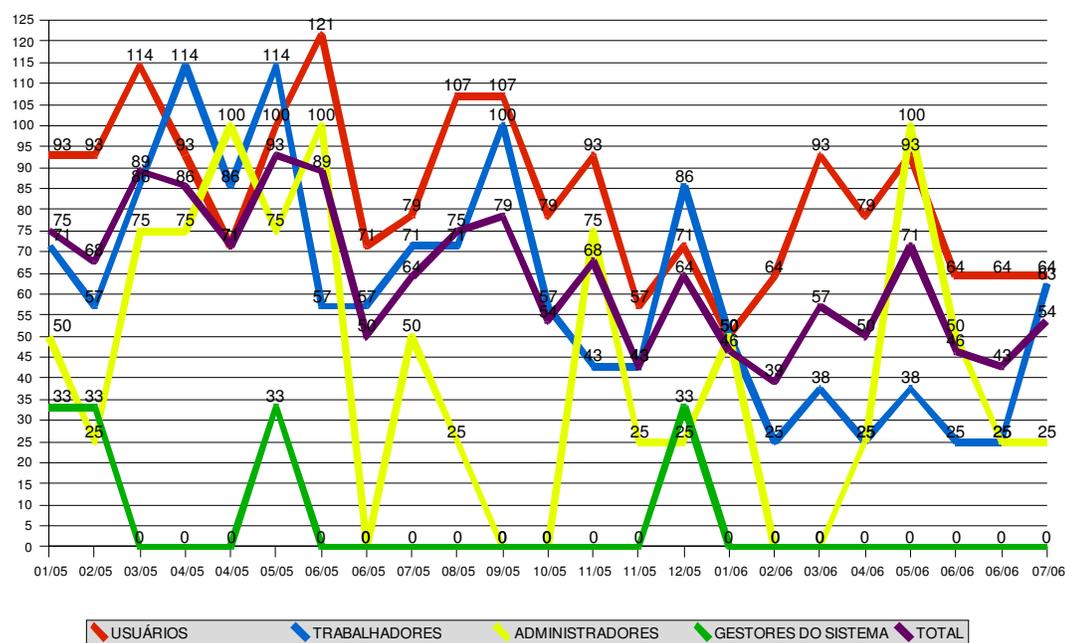


Fonte: Dados primários da pesquisa

No total de 23 reuniões, 5 não obtiveram o quorum de 50% de participantes, 2 dessas foram reuniões extraordinárias e 3 realizaram-se em período de férias (janeiro, fevereiro e Julho de 2006). O gráfico demonstra que os usuários são os mais presentes nas reuniões do CG. Em segundo lugar estão os trabalhadores, em terceiro os administradores. Os gestores do sistema têm a menor presença.

Considerando a participação em relação ao número de vagas disponíveis, ou seja, o percentual de participação efetiva em relação às vagas, pode-se observar a mesma tendência de participação, conforme se verifica no Gráfico 2.

**Gráfico 2:** Percentual de participação em relação às vagas dos usuários, trabalhadores, administradores, gestores do sistema nas reuniões do conselho de janeiro de 2005 a julho de 2006



Fonte: Dados primários da pesquisa

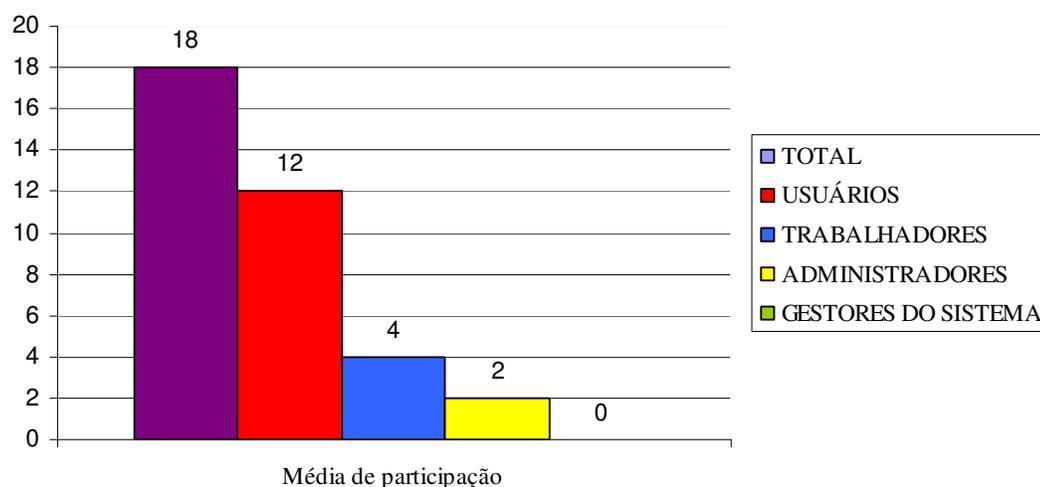
Um aspecto relevante é que o fórum nunca contou com 100% de presença dos conselheiros, visto que são 28 representantes e, conforme é expresso no gráfico 1, o máximo de presença foi de 26 conselheiros, contabilizando os suplentes. Outro aspecto a ser considerado é a variação da presença dos conselheiros. Pode-se observar a inconstância na participação dos atores nas reuniões do conselho, variando significativamente a presença dos

administradores, dos trabalhadores e, em menor grau, dos usuários.

A participação acima de 100% indica que há presença de titulares e de suplentes nas reuniões do conselho. Pode-se observar que os usuários apresentam, mais frequentemente que os demais atores, percentuais de presença superiores a 100%. Em seguida vêm os trabalhadores e depois os administradores.

O gráfico 3 apresenta a média de participação dos atores de janeiro de 2005 a julho de 2006.

**Gráfico 3:** Média de representantes presentes por segmento e total nas reuniões do Conselho Gestor, de janeiro de 2005 a julho de 2006

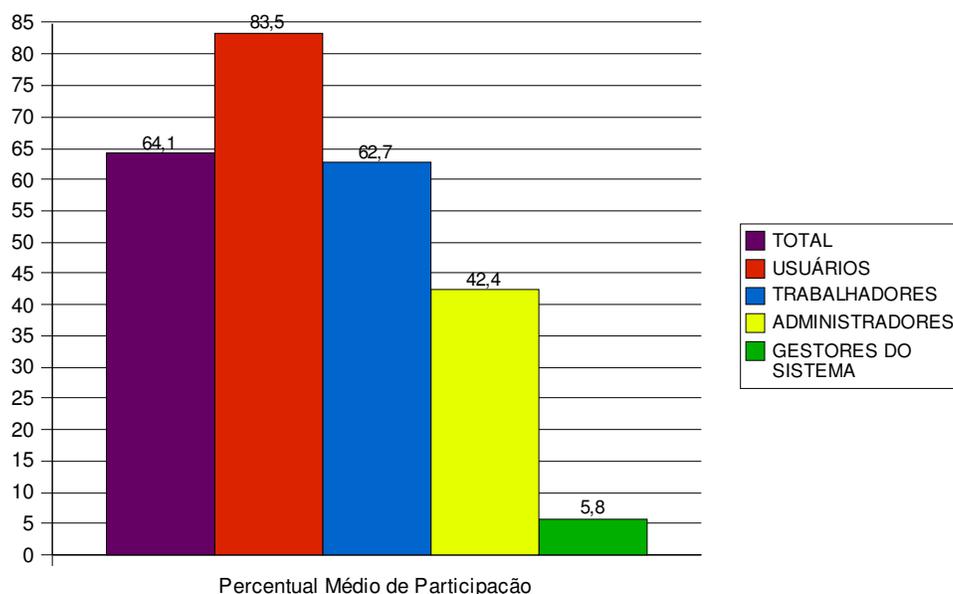


Fonte: Dados primários da pesquisa

Pode-se observar que a média geral também indica que os usuários foram os mais assíduos. Em seguida vêm os trabalhadores e depois os administradores. Os gestores do sistema de saúde apresentam média próxima a 0. Considerando a média total de presentes na reunião, constata-se que (18) os usuários representam 67% (12), ou seja, uma representatividade maior que o previsto na composição formal do conselho, que é de 50%; os trabalhadores representam 22%, menos que os 25% previsto; e os administradores, 11%, sendo 14% o previsto; os gestores 0% em relação aos 11% previstos.

O Gráfico 4 apresenta o percentual médio de participação de janeiro de 2005 a julho de 2006 em relação às vagas.

**Gráfico 4** – Percentual médio de participação em relação às vagas disponibilizadas de janeiro de 2005 a julho de 2006



Fonte: Dados primários da pesquisa

Pode-se observar que os usuários apresentam os maiores índices de participação em relação às vagas disponíveis. Os trabalhadores têm o segundo maior percentual, os administradores o terceiro. Os gestores do sistema apresentaram a menor participação.

A Tabela 1 apresenta o número e percentual de reuniões com presença maior que 70% dos atores por segmento e no total.

**Tabela 1**

**Número e percentual de reuniões com presença maior que 70% por segmento dos atores e no total**

<b>Reuniões com presença &gt; que 70%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Usuários	17	73,9
Trabalhadores	9	39,1
Administradores	7	30,4
Gestores do Sistema	0	0,0
<b>Total dos atores</b>	<b>8</b>	<b>34,8</b>

Fonte: Dados primários da pesquisa

A representação dos usuários, conforme já se verificou, compõe o grupo de atores mais presente nas reuniões do conselho, com mais de 70% de presença em 17 das 23 reuniões que ocorreram. A presença abaixo de 70%, em seis reuniões, explica-se considerando que

duas dessas reuniões tendo sido extraordinárias, o que impediu a participação dos conselheiros usuários do interior do estado e da região metropolitana de Porto Alegre, e três ocorreram em períodos de férias (janeiro, fevereiro e julho de 2006).

Os trabalhadores tiveram mais que 70% de presença em 9 das 23 reuniões do período e os administradores em 6 das 23 reuniões. Também cabe destacar que, em 5 reuniões, ocorridas nesse período, não havia conselheiros representantes da direção.

Outro aspecto a considerar é que houve a presença de membros da administração, não conselheiros, em 12 das 23 reuniões do CG nesse mesmo período. A apresentação de vários temas ficou a cargo de administradores das áreas e dos serviços, que, apesar de não serem os conselheiros representantes da instituição neste fórum, são membros da administração.

Os dados acima demonstram que os usuários são os atores mais presentes. São, portanto, os atores que mais utilizam do espaço formalmente estabelecido pelo número de vagas disponibilizadas. Em segundo lugar situam-se os trabalhadores, em terceiro os administradores e em quarto os gestores do sistema, os mais ausentes. Destaca-se, também, que as presenças variam significativamente nas reuniões nesse período.

Esses dados indicam que a participação nas reuniões não depende apenas da vaga formalmente disponibilizada. Sinaliza que este fórum é um espaço de participação reconhecido pelos usuários, pois são os mais assíduos e com menor variação no número de presenças. Para os demais atores a presença parece estar associada a outros aspectos, já que são mais ausentes na média. Contudo há reuniões em que, atipicamente, todos os representantes se fizeram presentes. É possível afirmar que não se trata de um fórum em que os gestores do sistema têm participação efetiva.

A análise das temáticas presentes no CG durante esse período auxilia na compreensão do papel que o fórum desempenha e pode colaborar para esclarecer por que há variações tão grandes no padrão de frequência às reuniões dos tipos de representantes integrantes do fórum. A Tabela 2 apresenta as principais temáticas discutidas nas reuniões no período.

**Tabela 2**

Frequência total e percentual das temáticas tratadas nas reuniões do Conselho Gestor no período de janeiro de 2005 a julho de 2006

<b>Tema</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Gestão do cuidado e organização dos serviços</b>	<b>22</b>	<b>48,9</b>
Reclamação do atendimento	5	11,1
Transferência da Ginecologia	5	11,1
Qualificação do atendimento nos postos de saúde	4	8,9
Funcionamento das emergências do GHC	4	8,9
Investigação de cobrança de atendimentos	1	2,2
Visitas e de acompanhantes no hospital	1	2,2
Programa de atenção domiciliar	1	2,2
Funcionamento do atendimento odontológico	1	2,2
<b>Funcionamento do conselho</b>	<b>10</b>	<b>22,2</b>
Dinâmica do funcionamento das reuniões	4	8,9
Composição de comissões	3	6,7
Composição do Conselho Gestor	2	4,4
Alteração do regimento	1	2,2
<b>Planejamento da instituição</b>	<b>7</b>	<b>15,6</b>
Plano Estratégico de Gestão	1	2,2
Projeto das emergências – Qualisus	1	2,2
Diretrizes do GHC	1	2,2
Figura jurídica	1	2,2
Plano Diretor de Espaços e Ambientes	1	2,2
Plano de Investimento	1	2,2
Plano Operativo da Contratualização	1	2,2
<b>Questões trabalhistas/profissionais de saúde</b>	<b>6</b>	<b>13,3</b>
Demissão de aposentados	5	11,1
Realização de parto por enfermeira	1	2,2
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados primários da pesquisa

Pode-se observar que os temas relativos à organização do cuidado e dos serviços são os mais frequentes nas reuniões. Em segundo lugar são discutidas a organização e funcionamento do CG e do controle social no hospital. Os temas relativos ao planejamento do Grupo Hospitalar aparecem em terceiro lugar e, em quarto constam as questões trabalhistas e de profissionais de saúde.

Especificamente no que diz respeito à temática da gestão do cuidado e da organização dos serviços, destacam-se nesse período a apresentação de reclamações dos atendimentos, a organização do serviço de ginecologia no Hospital Nossa Senhora da Conceição, a demanda por qualificação de serviços, em especial nas emergências do Hospital Nossa Senhora Conceição e Hospital Cristo Redentor e a melhoria do atendimento e do fornecimento de

medicamento nos postos de saúde.

Quanto ao tema do funcionamento do Conselho, destacou-se o debate acerca da dinâmica das reuniões e da organização das comissões para a realização de acompanhamento de projetos e visitas nos serviços. Chama atenção, apesar de não ser objeto da pauta, a frequência com que aparecem nas atas comentários sobre a autonomia do controle social em relação à direção do grupo e aos sindicatos.

As propostas de planejamento e avaliação do Grupo Hospitalar Conceição também foram discutidas. Foram apresentadas as Diretrizes da Gestão, o Plano Estratégico de Gestão para 2005-2007, o Plano Diretor de Espaços e Ambientes, o Plano de Investimento, o Plano Operativo da Contratualização dos serviços com o Gestor Municipal, a Proposta de Qualificação da Emergência - Qualisus, e a proposta de alteração do estatuto jurídico do Grupo.

A respeito das relações trabalhistas/profissionais de saúde, a questão mais debatida foi a demissão dos trabalhadores aposentados. Além disso fez-se presente a discussão sobre a realização de partos por profissionais de enfermagem.

Outro aspecto sobre as temáticas debatidas no Conselho, que auxilia na compreensão do papel desempenhado pelo fórum, é que se debateu a maioria dos temas polêmicos, ou seja, aqueles que envolveram processos de disputas públicas dos atores com posições diferenciadas na instituição. Em geral, tratava-se de temas em que administração e trabalhadores - particularmente os representantes médicos - entravam em conflito. É o caso da demissão dos trabalhadores aposentados, da transferência do serviço de ginecologia, da realização de parto por enfermeiras, da mudança da figura jurídica do grupo, da implantação do projeto de acolhimento nas emergências.

A análise das pautas do CG indica que o fórum envolveu-se principalmente na gestão de processos administrativos/operacionais, com destaque para a gestão do cuidado (ampliação da clínica). A participação foca-se na gerência estratégica do cuidado, nas gerências intermediárias e das equipes e serviços, visto que os temas mais recorrentes dizem respeito às questões relativas à organização dos serviços e ao atendimento prestado.

A temática da organização do próprio fórum, ou seja, a dinâmica interna do Conselho aparece em segundo lugar. Há que se considerar que esta análise é do primeiro e segundo ano de atuação do CG, momento em que os atores estão em processo de organização interna e estabelecendo as combinações sobre o formato institucional e funcionamento do fórum. No entanto, como o Conselho tem relativo poder sobre esses temas, ou seja, não depende das

relações com os demais atores organizacionais, eles continuavam sendo objeto de discussão ao longo do período. A demanda pelo estabelecimento de regras de funcionamento também pode indicar preocupação com a construção da legitimidade do fórum.

As temáticas da gestão do cuidado, da organização dos serviços e do funcionamento do fórum são aquelas em que se identificam proposições feitas pelo Conselho. As pautas referentes ao planejamento institucional e questões trabalhistas/profissionais de saúde são apresentadas e debatidas, mas não se verifica a interferência do fórum no sentido de deliberar sobre as mesmas.

Com objetivo de esclarecer a variação da presença dos atores nas reuniões do conselho, buscou-se associar as reuniões em que houve mais de 70% da presença de participantes por grupo de atores com as temáticas debatidas.

**Tabela 3**

Comparativo do número e percentual de reuniões em que os usuários, trabalhadores e administradores tiveram presença maior que 70% com os respectivos temas tratados

Tema	Total	Usuário		Trabalhador		Administrador	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Gestão do cuidado e organização dos serviços</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>77</b>	<b>9</b>	<b>41</b>	<b>9</b>	<b>41</b>
Reclamação do atendimento	5	5	100	2	40	4	80
Transferência da Ginecologia	5	2	40	0	0	2	40
Qualificação do atendimento nos postos de saúde	4	4	100	3	75	1	25
Funcionamento das emergências do GHC	4	3	75	2	50	1	25
Programa de atenção domiciliar	1	0	0	0	0	0	0
Investigação de cobrança de atendimentos	1	1	100	0	0	1	100
Funcionamento do atendimento odontológico	1	1	100	1	100	0	0
Visitas e de acompanhantes no hospital	1	1	100	1	100	0	0
<b>Planejamento da instituição</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>57</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>29</b>
Diretrizes do GHC	1	1	100	0	0	0	0
Plano Diretor de Espaços e Ambientes	1	1	100	0	0	0	0
Plano de Investimento	1	1	100	1	100	1	100
Plano Operativo da Contratualização	1	0	0	0	0	0	0
Plano Estratégico de Gestão	1	0	0	0	0	0	0
Projeto das emergências – Qualisus	1	0	0	0	0	0	0
Figura jurídica	1	1	100	0	0	1	100
<b>Funcionamento do conselho</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>80</b>	<b>8</b>	<b>80</b>	<b>6</b>	<b>60</b>
Dinâmica do funcionamento das reuniões	4	3	75	3	75	2	50
Composição de comissões	3	3	100	3	100	2	67
Composição do Conselho Gestor	2	1	50	1	50	1	50
Alteração do regimento	1	1	100	1	100	1	100
<b>Questões trabalhistas/profissionais de saúde</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>86</b>	<b>3</b>	<b>43</b>
Demissão de aposentados	6	6	100	5	83	3	50
Realização de parto por enfermeira	1	1	100	1	100	0	0
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>36</b>	<b>80</b>	<b>24</b>	<b>53</b>	<b>20</b>	<b>44</b>

Fonte: Dados primários da pesquisa

A partir dos dados da Tabela 3 pode-se observar que os usuários foram mais presentes que os demais atores em todas as temáticas. Ainda é possível perceber que a sua ausência não está relacionada à temática e sim à condição da reunião, conforme foi explicitado acima, já que diminui a presença nas reuniões extraordinárias e nos períodos de férias.

A presença dos trabalhadores nas reuniões do CG está associada às temáticas das questões trabalhistas/profissionais de saúde e, em segundo lugar, ao funcionamento do Conselho. Os representantes dos trabalhadores são menos presentes quando os temas tratam do planejamento da instituição e da gestão do cuidado na organização dos serviços. Isso pode explicar a variação da presença desses atores nesse fórum, demonstrando que se mobilizam para temas específicos e, portanto, reconhecem o fórum como um lugar para apresentação de suas posições e disputa dos temas de seu interesse.

Pode-se observar que a presença maior da administração do Grupo ocorreu quando eram debatidos temas relativos ao funcionamento do conselho, não havendo muita diferença nos demais. O que pode ser indicativo da preocupação da direção do GHC com o andamento do fórum, ou seja, com as normativas e regimentos do Conselho e sua interferência na administração.

A partir da análise dos dados pode-se perceber que, no caso do CG, os usuários são os atores mais presentes. A análise das pautas também aponta para a influência destes atores na definição dos temas debatidos no fórum. Confirmando essa análise, são os usuários que, segundo os entrevistados, mais influíram na formação da pauta do fórum, apresentando suas demandas. Os demais atores, gestores do sistema, trabalhadores e administradores são reconhecidos como os atores menos presentes e influentes. A presença e a capacidade de influir no estabelecimento das pautas do fórum conferem aos usuários o reconhecimento, pelos demais atores, de que são os que detêm poder no CG conforme expressa o entrevistado:

[...] no Conselho Gestor os usuários têm mais (poder), porque os gestores estão participando pouco. [...] Tanto é que eles pautam assunto que não é a direção que pauta. O gerente tem que ir lá explicar (Administrador 1).

Os usuários reconhecem o espaço do conselho como o lugar da apresentação das suas demandas. Ao mesmo tempo referem que a presença dos demais atores, tanto da administração, como dos trabalhadores, está associada às pautas relacionadas com seus interesses, confirmando o que se verificou na análise das presenças dos atores.

O trabalhador muito pouco tá participando. E os médicos, então, muito menos, muito menos. Só quando são chamados, daí eles vêm e expõem os serviços, como é que está funcionando, como é que não está. Mas se não, não vêm à reunião do

Conselho. A gente já tem uma participação maior, nós estamos aqui[...] (Usuário 4).

O pessoal vinculado a Sindicato, eles estão ali muitas vezes só para usar aquilo como ferramenta para reivindicação deles (Usuário 1).

A administração apresenta seus principais projetos nesse fórum, conforme se observa pela pauta das reuniões. O fórum transforma-se, desse modo, em um mecanismo de legitimação das propostas da direção frente aos atores organizacionais e do sistema de saúde. No entanto, conforme a análise das pautas e as entrevistas, a capacidade de o fórum influir na organização e nas decisões do hospital está circunscrita aos processos de trabalho das equipes e dos serviços.

Há avaliações diferentes sobre o poder do fórum na instituição. Os usuários e alguns trabalhadores argumentam que o fórum tem poder na organização, pois as questões ali debatidas são levadas em conta pela administração, as definições do conselho são encaminhadas e as principais demandas apresentadas são respondidas, conforme expressam os entrevistados:

Sim, aqui dentro pelos menos eles dão força para gente. Acatam o que a gente faz, o que a gente sugere. Os próprios serviços já estão vindo e prestando contas e acatando o que a gente sugere (Usuário 4).

O Conselho Gestor também ajuda nas decisões, para que aconteça, quando a gente acha favorável, o que o gestor está pedindo. Quando a gente acha que não é, também a gente dá contra. [...] Então se chamam as partes envolvidas e tenta-se resolver. E se resolve. É feito o acordo ali, que vão fazer tal coisa, e estas se resolvem (Trabalhador 1).

Segundo os entrevistados, os representantes dos demais trabalhadores e, particularmente, dos médicos, não reconhecem o poder desse mecanismo. Os argumentos que sustentam essa posição são de duas ordens. Primeiro, destaca-se que as definições das questões polêmicas, mesmo que debatidas no fórum, não acontecem naquele espaço:

A ginecologia, a grande briga no hospital de ser retirada inteiramente do Hospital Conceição, foi outro fato discutido no fórum. Não foi o fórum que reverteu isso aí. [...] E se votasse sim ou não, não tinha a menor importância (Médico 1).

Essa questão da figura jurídica, mesmo a gente discutiu em várias reuniões. E não conseguiu tirar uma posição. [...] Até porque nós enquanto CG, eu particularmente, não percebi que tivéssemos nenhum poder de dizer “não vamos mudar” ou “vamos mudar”(Trabalhador 5).

Em segundo lugar, consideram que os temas abordados não são os mais relevantes na instituição, ou seja, as políticas mais gerais e as questões essenciais da organização não estão na pauta do conselho, conforme os entrevistados:

[...] não tendo o poder de destituir ou instituir algumas pessoas no poder central, no poder administrativo do Grupo Hospitalar Conceição, fica um fórum de escutar. Pode ser que se consiga num fórum destes modificar a rampa da entrada da emergência, mas não vai modificar a administração como um todo. São contemplativos e não têm poder nenhum (Médico 1).

Os temas que estão sendo apresentados no Conselho Gestor, eu acho que não têm relevância, eles estão falando sobre uma situação (Trabalhador 2).

Ou seja, os trabalhadores consideram que os assuntos tratados no conselho são pontuais, que as demandas dos usuários, em pauta, não expressam as questões centrais da organização, são periféricas. As questões em pauta nem sempre respondem às demandas dos trabalhadores e à suas expectativas de influírem na organização:

Porque, quando tu me convida para fazer parte do CG, eu penso que eu vá ter alguma condição de ajudar a melhorar o lugar onde eu atendo, onde eu trabalho e onde amanhã eu posso usar. E muitas vezes não foi isso que eu percebi. [...], e eu acho que de repente sem muita orientação, todos nós acabávamos apagando o fogo, levando coisas pontuais, [...] não chegando a lugar nenhum (Trabalhador 5).

Os administradores reconhecem que o poder do Conselho está na capacidade de os usuários apresentarem suas demandas, fiscalizar e cobrar da administração a resolução dos problemas identificados. Ou seja, no CG os usuários pressionam para o encaminhamento das questões para eles relevantes e dessa forma influenciam na gestão do Grupo:

O poder do Conselho Gestor [...] é mais de fiscalização e de cobrar determinadas posturas da direção, dos serviços e dos profissionais. E quando cobra eu acho que tem resultado [...] nesse aspecto ele cumpre um papel e tem poder sim. Agora, dizer que o Conselho Gestor está interferindo nas grandes políticas, isso não. Acho que é o poder do próprio usuário, [...] porque é a pele deles. Eles não conseguem ver a energia elétrica, se falta ou não falta. [...] Mas com um amigo, [...] um familiar, um cara da vila, o presidente reclamou com eles, vai no Conselho Gestor [...], eles conseguem interferir na mudança. Várias coisas que chegaram na direção e se sanaram. Então significa que, no aspecto da fiscalização, de melhorar a qualidade do trabalho, eles conseguem chegar lá na ponta (Administrador 1).

Através da análise das temáticas presentes no conselho e das posições dos entrevistados, verifica-se que o fórum tem influência nas questões relativas ao atendimento e organização dos serviços. Especificamente são estas as demandas apresentadas pelos usuários, o que explica a avaliação desses atores de que o fórum tem poder na organização, pois as problemáticas apontadas por eles são encaminhadas a partir das resoluções do conselho. Ao mesmo tempo estes atores não reivindicam uma intervenção nos outros aspectos da gestão:

Sim, aqui dentro pelos menos eles dão força para gente. Acatam o que [...] a gente sugere. Os próprios serviços já estão vindo e prestando contas [...] a decisão da administração é uma, a influência do Conselho em si é detectar os problemas e tentar influenciar a direção e os serviços a melhorar [...]. Nós, dos Conselhos, a gente tenta não interferir na parte de gestão do hospital, pela direção, mas tenta

ajudar na maneira de atender (Usuário 4).

Por outro lado, os médicos e os trabalhadores têm demandas distintas dos usuários, e as questões consideradas relevantes para esses atores, segundo eles, não são pautadas no conselho, ou, quando pautadas, as decisões não ocorreriam naquele espaço. Levando em conta a presença relativamente baixa dos trabalhadores nas reuniões e a posição desses atores, pode-se supor que os próprios trabalhadores não consideram aquele espaço legítimo para a apresentação e deliberação das questões polêmicas que lhes digam respeito.

Os encaminhamentos de algumas dessas questões debatidas no fórum, como a transferência da ginecologia, enfermeira fazendo parto e figura jurídica, indicam que administradores e trabalhadores, em especial os médicos, estabelecem outros canais de negociação para as questões que consideram mais relevantes. Os processos de decisão ocorrem através de outros dispositivos, no primeiro caso, através do Ministério Público, no segundo, por decisão judicial e, no terceiro, pela não decisão.

Isso reafirma a avaliação de que, para os trabalhadores e médicos, o Conselho não é o local em que se decidem as questões em disputa, principalmente quando o fórum tende a contrariar seus interesses. Diferente dos usuários, dispõem e fazem uso freqüente de outros recursos para influenciar nos processos de tomada de decisão, como expressa o entrevistado, no caso da transferência do serviço de ginecologia:

Foi a ação da Associação, do Sindicato, dos próprios ginecologistas que bateram em “n” fóruns: Câmara de Vereadores, Assembléia Legislativa, Comissão de Saúde, Imprensa, Conselho Regional de Medicina, dentro do hospital, comunidade organizada, as pessoas que auxiliam pacientes com câncer de mama, o próprio fórum. [...] E o fórum foi mais uma coisa, foi um item que ficou até secundário nessa discussão. [...] a gente foi modificando, com um contato direto com a direção [...]. O [fórum] perde a importância porque ele fica sendo [...] manipulado e perde a confiança, [...] a respeitabilidade de ser uma decisão baseada em dados, inteligência, e não em pressão, pressão de grupos lá dentro. Mas não foi de todo ruim, [...] teve discussões boas, teve usuários que foram contra a idéia absurda de tirar a ginecologia. Mas as decisões todas eram muito brigadas (Médico 1).

No caso dos usuários, o poder do fórum é reconhecido pela possibilidade de incluírem na pauta suas demandas e a disponibilidade da administração em considerá-las legítimas e respondê-las. Ou seja, na medida em que se constituiu o espaço de expressão dos usuários, mesmo que não se trate de partilha do poder nas decisões, estabelece-se a possibilidade de estes influírem nas questões que lhes interessam no hospital. Essa influência acontece ao mesmo tempo em que esses oferecem apoio político à administração e a suas proposições na disputa com os demais atores da organização, em especial os médicos, como exemplifica o caso da transferência do serviço de ginecologia.

Nesse sentido, o poder do fórum parece mais pronunciado nas questões de atendimento, trazidas ao debate pelos usuários e que têm sido respondidas pela administração, que parece reconhecer as opiniões e as deliberações tomadas. A participação que ocorre no Conselho Gestor pode ser caracterizada como consulta. A direção pode acatar os encaminhamentos, o que faz na maior parte das vezes ou não. Como ilustram os entrevistados referindo-se à dinâmica do fórum em relação aos serviços ofertados na instituição:

com o Conselho Gestor dentro do hospital, a gente tem esse poder de chamar o pessoal e pedir contas do que está sendo feito e como está sendo feito e sugerir maneiras de melhorar o serviço. [...] A gente aqui não tem tanto, digamos assim, essa coisa de aprovar ou não aprovar (Usuário 4).

Embora o Conselho Gestor [...] não tenha um poder de deliberação [...] é um espaço criado pela direção, legitimado pela direção e que, inclusive, a direção abre as portas pra chegar lá na emergência e dizer o seguinte “o conselho veio e disse que isso aqui está mal” e cobra dos próprios funcionários, do gerente, enfim (Administrador 1).

No entanto, o fato de que as principais questões em disputa no período foram pautadas no CG sinaliza que este fórum cumpre um papel importante na instituição, tornando públicos os debates em torno de questões polêmicas. Ou seja, tem o papel de informação sobre as temáticas em que há divergência de posições entre os atores e processos mais gerais de decisão política sobre a organização:

Foi para o conselho municipal esse negócio do ginecologia, e o conselho municipal disse que quem tinha que ver isso aí era o Conselho Gestor [...]. E aí voltou para nós. Então tá, vamos decidir: a gineco vai ficar sim no primeiro andar do Grupo. Eles queriam, depois já não queriam mais. E era a equipe de treze médicos, [...] o gerente mostrou um documento que dizia quanto cada médico ganhava e qual era a produção. O representante dos médicos ficou furioso, [...] disseram que o Conselho Gestor não podia saber. O Conselho Gestor pode sim saber quanto é que os médicos ganham. (Trabalhador 1).

O CG é um espaço em que ocorrem embates dos diferentes interesses em jogo no GHC. Estes são explicitados, bem como a posição dos atores. Ou seja, ocorrem disputas em torno de propostas conflituosas que, apesar de não serem resolvidas no fórum, ao se expressarem ali, isso possibilita a construção de aliança dos usuários, de alguns trabalhadores e administradores para o enfrentamento das questões polêmicas e de temas relacionados à qualidade dos serviços oferecidos e do dia-a-dia no hospital, conforme o entrevistado:

eu tinha vez e voz pra falar [...] foi bem na época dos acontecimentos dos partos. Enfermeiro não pode fazer parto, e isso e aquilo. [...] pude esclarecer várias facetas da nossa profissão.[...] Os usuários trazem as suas indignações, trazem as queixas da comunidade que eles representam [...]. Então a gente fazia tipo que uma defesa da categoria e eu via as assistentes sociais também fazendo isso, tentando justificar [...]. Então o CG conseguiu esclarecer muitas coisas, [...] levar lá para o

usuário a outra face da moeda, que éramos nós, do outro lado (Trabalhador 5).

Como se pode verificar, no espaço do fórum se constituíam alianças entre a administração, os demais trabalhadores e usuários na busca de neutralizar a resistência expressa dos médicos. Isso ocorreu no caso da transferência do serviço de ginecologia, dos partos realizados por enfermeiras, da organização dos serviços de forma mais geral. A construção de alianças no interior do fórum movimenta-se por redes de atores diferentes, dependendo dos temas em pauta.

Dentre os papéis que o CG desempenha no hospital, identificado pelos entrevistados, está a possibilidade de que os usuários ocupem outro espaço no hospital que não apenas o de pacientes. Ou seja, que sejam incluídos no processo de gestão, que possam apresentar questões de seu interesse, ter conhecimento do que ocorre e do funcionamento do hospital:

O papel que está cumprindo no hospital o Conselho Gestor, primeiro é um trabalho de inclusão do usuário na participação da administração do hospital. O usuário, o Conselho está inserido dentro do hospital (Usuário 4).

E aí criado isso é que a gente aprendeu, [...] como funciona o lado de dentro do hospital. [...] o que está acontecendo, [...] como funciona médicos, [...] como funciona os funcionários, [...] todo esse funcionamento do hospital de dentro para fora. Porque ele [o usuário] enxergava de fora para dentro o quê, só aquele serviço de balcão, e aquele serviço de quando ele ia para o quarto. O restante ele não conhece nada (Usuário 5).

O Conselho Gestor tem reconhecido o papel de possibilitar a expressão pública das diferentes visões sobre o atendimento no hospital, para apresentação de reivindicações, para apontar e organizar as demandas dos usuários e de outros atores e para abrir a agenda da direção às proposições e temáticas trazidas pelos usuários:

O profissional tem uma visão de atendimento, o usuário tem outra visão. [...] que a gente sofre na carne o atendimento, principalmente o mau atendimento. Então a gente dá uma visão diferente, e a gente procura botar isso para as equipes para que elas possam melhorar (Usuário 4).

Já um Conselho Gestor pode interferir na vida do GHC, em relação à tomada de decisão, em relação à agenda, abrir agenda de direção, fazer proposições, denunciar (Gestor Municipal 2).

Os diferentes atores identificam no Conselho um espaço que dá voz aos usuários na instituição como um todo e para os trabalhadores e os médicos expressarem suas demandas e opiniões aos outros atores, ou seja, para que as questões sejam publicizadas e debatidas em conjunto:

O usuário não podia falar em lugar nenhum, para ele geralmente a discussão se dava no balcão mesmo. As outras portas, antes dos conselhos e ouvidorias, era a polícia, era a Promotoria, era o Ministério Público. Não existia uma

voz dentro do hospital, hoje existe esse escape (Usuário 5).

É um fórum que se pode falar, não se pode dizer que é uma coisa totalmente inerte e imune aos fóruns democráticos. Mas a gente pode perder na votação, mas vai lá e se dá o recado, e fica o recado no ar e o fica o aviso no ar (Médico 1).

O CG é identificado como um fórum que permite a coletivização dos problemas e das questões do hospital. Através da expressão das opiniões, possibilita a construção de avaliações sobre o atendimento prestado em uma perspectiva mais ampla, que não apenas dos atores organizacionais.

É um espaço reconhecido pelos representantes dos usuários como capaz de mediar os conflitos entre as suas necessidades e as dificuldades ou mesmo impossibilidades de os serviços atenderem às demandas. A escuta dos usuários, de suas queixas e reivindicações, funcionam como mecanismos que auxiliam na distensão das relações entre esses e os atores organizacionais, em especial os trabalhadores da instituição:

Então o que está sendo criado e o que foi criado, que é o Conselho Gestor, [...] ouvidorias, isso é muito bom para o usuário. [...] é uma maneira do usuário achar que agora eu vou lá fazer queixa e eu vou ser ouvido. Então é uma válvula também de escape [...]. Aí o usuário, ele fica um pouco menos intransigente, aí ele sabe “não, eu posso reclamar lá, é lá que eu vou reclamar”. Então vai terminar aquela bronca de balcão, que a gente chama, aquela briga de balcão (Usuário 5).

Em síntese, o CG constitui-se em um espaço em que os usuários são os mais presentes e os atores que mais influem na formação da pauta de discussões. Os usuários são reconhecidos como os atores com poder no Conselho, mesmo pelos outros atores. A presença maior dos trabalhadores nas reuniões está associada à existência de pautas que lhes interessam, mas pode-se observar que a presença deles não altera o poder dos usuários, visto que vários temas debatidos tiveram encaminhamentos que não contemplavam o interesse dos trabalhadores, e estes acabaram por levar para outros fóruns o processo de decisão dessas questões. Pode-se formular a hipótese de que a pouca assiduidade nas reuniões de gestores e de administradores, reconhecidamente dotados de mais poder, contribui para que sejam os usuários os atores mais fortes nesse espaço.

De acordo com a análise das atas de reuniões e das entrevistas, o fórum influi mais nos processos administrativos, operacionais, relacionados à gestão do cuidado, no âmbito da gerência estratégica, nas gerências intermediárias e das equipes e dos serviços. O poder do fórum na instituição consiste em influir nas questões relativas ao atendimento e organização dos serviços, em torno do que se concentram as demandas dos usuários. A pequena frequência dos trabalhadores, a presença menor ainda dos administradores e gestores e o fato de que a

resolução de problemas conflitivos, muitas vezes não ocorre no âmbito do conselho, contribui para a avaliação de que o poder do fórum na instituição é limitado. O que sem dúvida o Conselho faz é consultar os representantes dos usuários sobre as suas demandas.

Por outro lado, foi possível verificar que o fórum cumpre um papel importante na inclusão dos usuários na gestão da instituição. A existência do CG propiciou-lhes, informação sobre o hospital e seu funcionamento e espaço para apresentarem organizadamente seus interesses e demandas e abrirem a agenda da direção para as suas proposições.

O CG também cumpriu o papel de ser um canal de informação para o conjunto de atores sobre as temáticas do hospital. Possibilitou tornar público o debate em torno das questões polêmicas. É um espaço em que ocorrem embates sobre questões em disputa entre os atores, em que estes explicitaram seus interesses. Propicia a expressão pública das diferentes visões sobre as questões em conflito. Dessa forma, o Conselho tem possibilitado a construção de alianças entre atores para o enfrentamento das questões em disputa, arregimentando apoios para a tomada de decisões que ocorrem em outros espaços.

## **6.2 Conselho de Administração: como se organiza, quais os atores com poder, qual o poder e papel no hospital**

O Conselho de Administração (CA) está previsto nos estatutos do GHC como o fórum de deliberação máxima da instituição (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2006). Até 2003, o fórum era composto por representantes do Ministério da Saúde, do Ministério do Planejamento e da direção do GHC. A partir de 2003, o CA passou a contar com a presença, do trabalhador eleito pelo conjunto dos trabalhadores do GHC, de representantes de usuário e de representantes das secretarias municipal e estadual de saúde.

A infra-estrutura para o funcionamento do CA é garantida pela direção do Grupo. É previsto no estatuto a obrigatoriedade de reunião mensal, e os conselheiros são remunerados para exercer essa função (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2006). As reuniões caracterizam-se pela formalidade. Não é incomum que elas aconteçam com tempo escasso, no meio das agendas das autoridades. Dificilmente excedem duas horas e em alguns casos duraram menos de 30 minutos. As pautas das reuniões são propostas pela direção do Grupo conforme os prazos estabelecidos em regimento. As atas são feitas a posteriori com as informações oferecidas pela direção. Não há serviço de secretaria durante as reuniões.

As reuniões do CA analisadas realizaram-se no período que se estende de julho de

2005 a novembro de 2006, quando aconteceram, ao todo, 17 reuniões. A Tabela 4 apresenta o número e o percentual de presenças de cada representante.

**Tabela 4**

Presenças e o índice de participação dos representantes por segmento no Conselho de Administração do GHC no período de julho de 2005 a novembro de 2006.

<b>Conselheiros</b>	<b>Presenças</b>	<b>Índice de Participação</b>
Direção do GHC	17	100
Trabalhador	17	100
Usuário	17	100
Ministério da Saúde	16	94,12
Secretaria Municipal de Saúde	16	94,12
Secretaria Estadual de Saúde	14	82,35
Ministério do Planejamento	13	76,47
Ministério da Saúde	12	70,59
Ministério da Saúde	12	70,59

Fonte: Dados primários da pesquisa

Pode-se observar que dois dos representantes do Ministério da Saúde e o representante do Ministério do Planejamento foram os menos assíduos, ainda assim estiveram presentes a mais de 70% das reuniões. Em contraste com o CG, no CA, gestores de saúde municipal e estadual, o representante dos trabalhadores e o da direção compareceram a pelo menos 82% das reuniões.

A Tabela 5 apresenta os lugares em que se realizaram as reuniões do CA, no período analisado:

**Tabela 5**

Local das reuniões do Conselho de Administração do GHC no período de julho de 2005 a novembro de 2006.

<b>Local da Reunião</b>	<b>Número</b>	<b>Percentual</b>
Porto Alegre – GHC	9	52,94
Brasília – Ministério da Saúde	7	41,18
Porto Alegre – SMS	1	5,88
<b>Total de Reuniões</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados primários da pesquisa

As reuniões aconteceram na sua maioria no próprio GHC. Cabe destacar que o deslocamento de representantes do Ministério da Saúde para as reuniões do Conselho em

Porto Alegre, em especial do Ministro da Saúde, ocorre em consonância com outros compromissos ministeriais na cidade e no Estado. Tais compromissos, via de regra, parecem ter prioridade em relação às reuniões do Conselho. Assim, essas reuniões acabam por ter característica basicamente formal. Como refere um entrevistado:

Às vezes, quando vem um pessoal aqui para o Conselho de Administração, sempre tem inauguração ou visita a alguma obra. A reunião do Conselho de Administração dura 30 minutos porque não dá tempo, eles têm que ir embora. É o que eu coloco do formalismo (Administrador 1).

Um número expressivo de reuniões ocorreu em Brasília, devido à impossibilidade de as autoridades do Ministério se fazerem presentes no GHC. Ou seja, as reuniões não têm data e local fixo, são agendadas em decorrência da disponibilidade dos representantes do Ministério da Saúde.

A Tabela 6 apresenta as pautas da reunião no período de julho de 2005 a novembro de 2006:

**Tabela 6**

Pautas da Reunião do Conselho de Administração do GHC de julho de 2005 a novembro de 2006

<b>Temas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Gestão Administrativa</b>	<b>31</b>	<b>54,39</b>
Convênio do GHC com escolas	7	12,28
Personalidade Jurídica do GHC	7	12,28
Contrato do GHC e SMS sobre atenção básica	6	10,53
Contratação dos serviços de lavanderia (terceirização)	5	8,77
Alteração de organograma e indicações de cargos	2	3,51
Análise de relatórios de gestão e contas	2	3,51
Análise do plano de auditoria interna	1	1,75
Avaliação de desenvolvimento dos diretores	1	1,75
<b>Gestão Financeira</b>	<b>4</b>	<b>7,02</b>
Plano de Investimento	3	5,26
Análise das finanças	1	1,75
<b>Gestão de Pessoas</b>	<b>4</b>	<b>7,02</b>
Relatório de contratação de RH	2	3,51
Demissão dos aposentados	1	1,75
Apresentação da proposta de plano de carreira emprego e salário	1	1,75
<b>Funcionamento do Conselho</b>	<b>3</b>	<b>5,26</b>
Alteração do estatuto	2	3,51
Substituição de conselheiros	1	1,75
<b>Gestão da Atenção</b>	<b>2</b>	<b>3,51</b>
Projeto QualiSUS	1	1,75
Projeto de reestruturação assistencial da traumatologia-ortopedia	1	1,75
<b>Assuntos gerais</b>	<b>13</b>	<b>22,81</b>
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados primários da pesquisa

Ao analisar a pauta do Conselho, constata-se que as questões de Gestão Administrativa do hospital são preponderantes em relação às demais. Dentre essas questões, a aprovação dos convênios das escolas, de planos e relatórios e outros assuntos essencialmente formais, são temas que devem obrigatoriamente ser discutidos, pois assim está determinado nos estatutos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2006). O tratamento desses temas não é acompanhado de debates.

Outro aspecto a considerar é que os temas mais presentes são aqueles em que há conflitos entre as posições da diretoria e de outros atores. A administração do Grupo, ao abordá-los no CA, busca sustentação para suas propostas. Esse é o caso da terceirização da lavanderia, que contava com a oposição dos trabalhadores do GHC, inclusive do conselheiro representante. A apresentação da proposta em várias reuniões, visto que eram sempre

solicitadas complementações de informação, demonstra o grau de dissenso, e a sua aprovação pelo Conselho conferiu ao projeto a condição de fato consumado.

O convênio para a prestação de serviços da atenção básica pelo GHC também era um tema de divergências entre a direção do Grupo e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Ao levar a questão ao CA e portanto às principais autoridades do Ministério da Saúde, arregimentava-se apoio para a posição da direção. A solução foi o encaminhamento à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde para análises e condução de negociações com o GHC e a SMS.

Outro tema presente e recorrente nas reuniões foi o projeto de alteração do estatuto jurídico do GHC. Sobre a questão há diferentes posições dos atores, conflitos e oposição sistemática, principalmente dos trabalhadores e seus representantes. Neste caso apresentaram-se diversos estudos ao Conselho e a decisão foi alterar o estatuto de Sociedade de Economia Mista para Fundação Estatal, o que vem sendo encaminhado pela direção.

As categorias temáticas mais frequentemente discutidas, logo após a gestão administrativa são a gestão financeira e a gestão de pessoas. A discussão da primeira envolvia basicamente a transmissão de informações. Eram comunicados ao CA os recursos de investimento já definidos pelo Ministério da Saúde e o andamento de projetos. Nesses momentos a direção explicitava a necessidade de mais recursos, com o objetivo de sensibilizar os representantes do Ministério da Saúde. No entanto, não era esse o fórum que decidia sobre esse tema. A apresentação da situação financeira do Grupo, que ocorreu uma única vez, tinha como conteúdo informar quanto a cortes de recursos destinados ao GHC que a Secretaria Municipal efetuava. Desse modo a direção pressionava o gestor municipal para que o repasse de recursos se mantivesse nos patamares anteriores.

Sob o tema gestão de pessoas, eram tratadas principalmente questões relativas à necessidade de ampliação de vagas de servidores do GHC. A abertura de vagas devia, conforme o estatuto, ser aprovada no CA. Foram ainda expostos estudos sobre o Plano de Carreira, Emprego e Salários do GHC com vistas à implementação de um novo plano. Sobre este tema o Conselho encaminhou o debate para os sindicatos dos trabalhadores e a área responsável pelos recursos humanos das empresas estatais no Ministério do Planejamento.

A gestão da atenção e do cuidado foi a terceira categoria temática mais frequentemente discutida, embora presente apenas em duas reuniões. Sob esta classificação encontram-se a prestação de contas do QualiSUS, o projeto de qualificação da emergência e a solicitação de que o Conselho se posicionasse sobre o atendimento da traumatologia-ortopedia,

um tema de conflito com o gestor municipal.

Outro aspecto a considerar é que, apesar de os assuntos gerais constarem na pauta de treze das reuniões que ocorreram no período, apenas em duas ocasiões foram de fato discutidos. Em ambos os casos tratava-se de informes acerca de data da assembléia do Grupo e da extinção da empresa área que o GHC já teve.

A forma como as pautas são construídas e o seu conteúdo indicam que a direção do Grupo tem maior influência sobre esse fórum. Segundo os entrevistados, no CA, as pessoas com maior poder pertencem à direção do Grupo. Apesar da presença de outros atores, são os administradores do hospital que elaboram a pauta do Conselho e definem os temas a serem debatidos:

[...] O Conselho de Administração não tem gestor. No Conselho de Administração a direção do GHC manda e desmanda (Administrador 1).

Não são os gestores que pautam o conselho, geralmente acontece o contrário. A própria direção do hospital traz as suas idéias, os seus planos, e a gente fica numa posição de aprovar ou não aprovar, ou tentar dar uma contribuição aqui ou acolá (Gestor Estadual 2).

Diferente do CG, onde os gestores do sistema têm vagas e não comparecem, no CA eles se fazem presentes. No entanto os gestores participantes afirmam ter pouca influência na definição dos assuntos em pauta no fórum:

[...] no período em que exerci essa função, embora ela fosse concreta, real, eu só era chamado para as reuniões do CA para apresentação de relatórios prontos, com a periodicidade estabelecida pela lei, [...] mas eu jamais era chamado para reuniões em que eu pudesse realmente interferir ou influir no destino de alguma decisão que fosse pauta (Gestor Municipal 1).

Não tenho recordação de ter pautado um tema no conselho administrativo. Em geral a pauta era dada pela própria direção do GHC, pelo Ministério (Gestor Municipal 2).

Os gestores reconhecem a possibilidade de intervir, visto que as discussões são abertas, que há possibilidade de apresentação de divergências e de construção de consenso entre os participantes. A agenda do fórum, porém, limita-se às pautas que os administradores apresentam. Os participantes referendam a administração do Grupo e as propostas ali apresentadas, mas têm pouca possibilidade de influir nas decisões:

A impressão que eu tenho é que hoje [a participação] é mais referencial do que prática. Eu acho que fica muito difícil, por exemplo, que um secretário participando de uma reunião mensal [...] consiga se apropriar de maneira eficaz e realmente influir na administração dessa estrutura. [...] Ela é mais no sentido de referendar algumas políticas do que realmente de encaminhar as diretrizes e de influir nas decisões (Gestor Municipal 3).

O formato institucional do Conselho é considerado um limitador à participação efetiva dos gestores. A inexistência de calendário pré-definido de reuniões, a não divulgação prévia de pautas e a conseqüente impossibilidade de os gestores se preparem para as reuniões resulta numa participação limitada, os gestores tornam-se ouvintes, as decisões são tomadas na hora, portanto sem a efetiva contribuição destes:

Tinha o calendário das reuniões [que] não era preestabelecido, e a ida [...] para as reuniões do CA era de véspera [...]. O gestor municipal não se preparava para ir para essas reuniões enquanto tema, ter subsídio, chamar assessoria, fazer uma discussão [...]. Então acabava sendo uma participação mais de ouvinte, de tomada de decisão política, na hora, mas não de preparação (Gestor Municipal 2).

Outro aspecto é o reconhecimento de que os gestores não apresentam demandas ao Conselho. Apesar de identificarem que não há impedimento explícito para a inclusão de temas na pauta, isso não ocorre, conforme explicitam os entrevistados:

[...] os gestores não estão levando essa demanda. Eu não levo demandas enquanto gestor estadual e também não vejo o gestor municipal fazer isso. Não é uma questão de dificuldade para pautar o hospital. Nunca senti nenhuma dificuldade. Acho que está faltando mesmo é a iniciativa da gente levar, acho que não é por falta de oportunidade (Gestor Estadual 2).

A presença no Conselho propicia conhecimento sobre a realidade do hospital, as suas dificuldades, no entanto a possibilidade de o gestor influir a partir do conselho é considerada limitada. A capacidade de intervir no hospital é referida como possível a partir da própria ação de gestor, mas não a partir da ação do gestor no fórum:

Pelo fato de eu ter entrado no Conselho Administrativo do GHC, me ajudou a conhecer mais o GHC do que outros hospitais. [...] Mas a participação do gestor municipal incidir na administração do GHC, acho que muito pouco (Gestor Municipal 2).

A capacidade de interferir no hospital, [...] acho que muito mais através da função como gestor do que como participante de Conselho (Gestor Municipal 1).

Quando gestores municipais e dirigentes do GHC pertencem ao mesmo partido, os gestores estaduais, que não pertenciam a essa aliança política, apresentavam mais críticas:

Tinha ali a relação política do grupo, das Secretarias [...] com o Ministério, e o da Secretaria de Estado era o único que tinha outra conotação política. Então era ele que fazia muito mais o papel de estar questionando (Gestor Municipal 1).

As dificuldades para maior interferência dos gestores são tributadas ao formato do fórum e a sua “incapacidade” de agendar o conselho. A condição de participação limitada dos gestores no fórum, e, portanto, nas decisões relativas à instituição, não é relacionada às

relações de assimetria com os demais:

[...] a minha sensação é o reconhecimento de um processo extremamente democrático e de atendimento das posições, tanto do gestor estadual quanto do gestor municipal. [...] não houve nenhuma decisão que eu tenha me sentido ferido nas posições do gestor estadual (Gestor Estadual 2).

A representação dos trabalhadores é questionada pelos gestores entrevistados. Eles colocam em dúvida a capacidade desses representantes efetivamente representarem os interesses do conjunto de trabalhadores do Grupo:

Às vezes a gente percebe uma certa dificuldade da representação dos profissionais, os trabalhadores do Grupo [...] junto ao Conselho. Muitas vezes a gente fica em dúvida se realmente a posição que está sendo levada ao Conselho representa o conjunto dos trabalhadores (Gestor Estadual 2).

Também se explicita, pelos gestores e administradores, que a participação dos usuários e dos trabalhadores está permeada pela dificuldade de expressarem a sua opinião e seus interesses e pelo reconhecimento de terem pouca influência no fórum:

[...] eu não vi que o representante dos usuários [...] tivesse capacidade realmente de alguma influência: “Não, vamos mudar o rumo disso, tal e tal”. Os trabalhadores a mesma coisa (Gestor Municipal 1).

E os trabalhadores do Conselho de Administração, é muito silêncio. O usuário é muito silencioso. Porque os trabalhadores querem discutir um pouco o seu mundo e nunca entram na pauta. Eles até querem, mas do jeito que acontece, não é possível (Administrador 1).

Os trabalhadores conselheiros, ao se referirem a sua participação no Conselho, reconhecem sua pequena influência. Segundo eles, questões de seu interesse dificilmente são incluídas nas pautas das reuniões. Mesmo quando há debate, as posições iniciais dos atores não se alteraram. Além disso eles apontam a necessidade de responder à expectativa dos trabalhadores, o que os coloca numa situação delicada, já que o seu poder no fórum é limitado, como diz o entrevistado:

No CA tu não podes mudar, porque [...] é um mecanismo que tem a participação e discute uma política, [...] o que que o pessoal exige de ti? [...] Eles não sabem o que tu vai saber, que vai lá votar, se discute sistema. [...] querem que eu resolva os problemas do dia-a-dia aqui [...]. Tem algumas situações, que eu interagi, no CA, eu faço o que eu puder fazer, mas nem pensar, por exemplo, em mudar as posições. [...] Quando foi a questão da lavanderia, eu fui fazer a fala contra. O cara foi duro comigo, o Secretário Executivo do Ministério da Saúde. Não tem interação lá (Trabalhador 2).

O limite da intervenção dos trabalhadores no Conselho também é reconhecido pelos médicos e demais trabalhadores. Ou seja, apesar de haver a representação, essa não significou

a possibilidade de que as posições dos trabalhadores fossem consideradas e interferissem nas decisões do Conselho. O CA é reconhecido, pois, como uma instância sobre a qual os trabalhadores do Grupo têm pouca influência:

Os dois que já foram lá reclamam que eles vão lá, ficam sentados e eles não têm poder nenhum de decisão, eles são espectadores do que está acontecendo [...]. A influência que nós temos lá é quase zero [...] (Médico 1).

O Conselho de Administração não chega ao nosso nível de trabalhador. É uma coisa da direção superior (Trabalhador 3).

Em síntese, o poder no Conselho de Administração é concentrado pelos administradores. Os demais atores não consideram que tenham a oportunidade de agendar temas e decidir sobre as questões referentes ao seu funcionamento. Ao contrário, os administradores do Grupo e os representantes do Ministério da Saúde é que agendam as questões de seu interesse e controlam debates e decisões.

O poder do Conselho de Administração no contexto da gestão do GHC é outro aspecto relevante. Sua composição, que conta com a presença das autoridades da saúde, as normas que lhe atribuem papel deliberativo no GHC indicam que o fórum poderia ter um poder considerável na organização:

Eu acho que essa é uma situação ímpar, não existe outra situação em que se tenha tanta facilidade dos níveis de gestão estarem tão próximos do poder de decisão (Gestor Estadual 2).

[...] o Conselho Administrativo interessa mais [...]. Bem melhor porque o triunvirato (três diretores) vão lá sofrer uma influência benigna. O Conselho Administrativo é melhor tê-lo do que não tê-lo (Médico 1).

No entanto, segundo os entrevistados, trata-se de um fórum com pouca condição de agir de fato no que se refere às questões relevantes:

O poder do CA dentro do GHC é muito pequeno. Não tem decisão política. [...] Se eu tiver definido uma política no CA, eu não preciso estar discutindo uma lavanderia. [...] não é política que a gente está discutindo no conselho, são questões pontuais que às vezes são de caprichos, que são das relações e que não são de fato das relações da instituição. [...] eu acho que isso desconstitui o CA porque tem uma representação boa, mas reproduzem a cultura da política específica. Não do todo da organização (Administrador 1).

Dentre as razões apontadas pelos entrevistados para o poder reduzido do fórum destacam-se o formato das reuniões, o formalismo, a inexistência de debate e a característica cartorial da tomada de decisão, a pouca intervenção e comprometimento dos atores, a falta de publicização das discussões ocorridas e a pauta administrativista, muito específica e

dominante:

Se o CA é um conselho que está lá para fazer as contas finais, apresentar do ponto de vista legal como é que as coisas estão, isso é uma coisa. Se ele é para influir realmente na saúde, na atenção dentro do hospital, seria outra, mas ele não tem nada a ver com isso (Gestor Municipal 1).

As notícias que chegam do Conselho, chegam das coisas ruins que o Conselho fez ou deixou passar por não ler, por falta de interesse. Depois quando a gente vai cobrar do Secretário Municipal, do Secretário Estadual as coisas absurdas que a gente acha que saiu ali, eles dizem “Ah, mas eu assinei sem ler”, “Não foi discutido isso, passou” [...] (Médico 1).

Os temas mais gerais da organização não aparecem nas pautas desse fórum. O CA não é considerado pelos entrevistados como um espaço efetivo de tomada de decisões, principalmente porque sua agenda de debates concentra-se em questões pontuais. Na opinião dos entrevistados, apesar de ser um fórum que envolve a alta gerência do hospital e a alta gerência do sistema de saúde, a natureza da participação se restringe à gestão de processos administrativos/operacionais:

Penso que [o Conselho de Administração] é um órgão máximo de deliberação da instituição, [...] mas ele no cotidiano se transforma mais como uma estrutura formal e pouco efetiva do ponto de vista da afirmação de políticas que nós apresentamos e deveríamos apresentar pra ele discutir e deliberar e do ponto de vista de monitorar, inclusive, os resultados da própria instituição (Administrador 1).

Um dos principais papéis institucionais do CA, segundo os entrevistados, seria propiciar a difusão de informações entre os diversos atores que dele participam. O CA possibilita aos gestores do sistema um maior conhecimento sobre as demandas e as condições do hospital:

É um lugar onde os diferentes pontos de vista estão. Eles têm que se relacionar, pelo menos politicamente, ou têm que se controlar (Administrador 2).

Talvez até por ter sido a primeira participação do gestor nos Conselhos, eu acho que foi muito pouco concreta, muito pouco produtiva, a não ser no fato de que eu tinha acesso aos dados, isso sim (Gestor Municipal 1).

Quanto aos trabalhadores, sua presença nesse fórum possibilita que ampliem a ressonância dos temas discutidos, em especial as decisões que influem na vida dos mesmos.

No Conselho de Administração é assim, o trabalhador trás o que é dito lá, o que vai ser feito no hospital, para dentro do fórum do trabalhador. [...] Então é um canal que o trabalhador tem. [...] É um elo. [...] Que nem essa parte da lavanderia, ele trouxe, trouxe antes, e as pessoas já começaram a se movimentar para saber se é bom para o trabalhador (Trabalhador 1).

Nas questões sobre as quais há divergências entre trabalhadores e administradores do Grupo, o acesso às informações possibilita que se construam articulações internas no hospital, visando resistência a propostas dos dirigentes. O CA propicia, em certa medida, transparência sobre definições polêmicas, em especial as questões que dizem respeito às relações de trabalho. A partir da articulação dos trabalhadores na organização, se constituem processos de oposição que em alguns momentos podem significar a reversão das decisões desse fórum. O que ocorreu, por exemplo, com a questão da demissão dos aposentados:

O caso dos aposentados, [...] “Nós estamos vendo que tem aposentados no Conceição, que tem que diminuir.” O que o hospital fez? Em vez de pegar e fazer uma política de ver quais os aposentados que querem sair, não, foram botando todo mundo demitido. [...] Então entrou sindicato, Conselho Gestor também entrou. E então foi resolvido, estão demitindo quem quer (Trabalhador 1).

Mesmo que o representante dos trabalhadores dos hospitais pouco influencie nas decisões, a articulação resultante a partir das informações e de sua intervenção, permite através da pressão, que participe na reversão de algumas decisões do Conselho.

Outro papel do CA é o de legitimar as propostas da administração perante os demais atores, sejam eles trabalhadores do Grupo ou gestores do sistema. As deliberações e os encaminhamentos servem para consolidar posições e como apoio político à direção do GHC, especialmente nas questões sobre as quais há divergência entre os atores (por exemplo, o tema do convênio da atenção básica, da terceirização da lavanderia, da figura jurídica, da demissão dos aposentados). Trata-se de uma tentativa de transformar esses temas em fato consumado. O fato de uma decisão ter sido tomada no Conselho de Administração constitui-se num argumento político importante para os dirigentes, uma vez que, supostamente, todos os segmentos ali representados referendam a decisão.

Por outro lado, a presença dos gestores municipal e estadual de saúde possibilita ao hospital maior legitimidade no sistema. No CA os administradores do Grupo acionam apoio político dos demais atores, em especial do Ministério da Saúde, para os confrontos com os gestores municipal e estadual em outros espaços de decisões:

Com relação aos gestores do sistema a relação é de comprometimento. Eu acho que compromete mais, é importante, foi bom para o hospital, [...] a direção do Conceição conseguiu fazer mais pressão em relação ao pessoal. Por exemplo a questão do convênio do hospital, todo mecanismo de pressão que o Conceição pôde dar, porque eles tão lá dentro (Trabalhador 2).

Também é reconhecido como uma aprendizagem para o trabalhador e a possibilidade de ele se informar sobre o conjunto do sistema e do hospital. Além de ser um mecanismo que

propicia a estes atores um maior envolvimento nos processos de tomada de decisão, mesmo que estas sejam de pouca expressão:

Porque daí tu vê não só com os olhos de trabalhador, porque uma coisa é tu tá dentro da empresa, outra coisa é tu tá do outro lado e tu vê de que forma essa empresa funciona.[...] Então tu vê de formas diferentes [...] (Trabalhador 4).

Em síntese, no Conselho de Administração todos os atores se fazem presentes. A sua composição poderia indicar que os gestores do sistema são atores com mais poder, visto serem a maioria. No entanto, os administradores do hospital, em aliança com os gestores federais - particularmente com os representantes do Ministério da Saúde - são os atores que mais influência têm nesse fórum. São eles que definem a agenda de temas a serem discutidos. Os trabalhadores e usuários têm seu poder limitado pela assimetria das relações com outros atores que dispõem de mais recursos de poder.

Apesar de envolver a alta gerência do hospital e do sistema de saúde, a natureza da participação desse fórum, no contexto da organização do GHC, restringe-se a processos administrativos e operacionais. O CA, segundo os entrevistados, têm pouco poder sobre as questões relevantes do hospital, ou seja, é um espaço com pequena participação efetiva nos processos de decisão da organização.

Dentre os papéis identificados para o fórum constam reunir todos os atores do sistema e do hospital; possibilitar o acesso à informações e propiciar maior conhecimento sobre a organização. Em especial, para os trabalhadores, o acesso às informações permite a articulação em outros espaços para, através da pressão, resistir a algumas decisões que contrariam seus interesses. Outro papel do fórum é legitimar, frente aos demais atores, as proposições e decisões já tomadas pela administração do Grupo. O CA ainda oferece aos administradores e gestores federais apoio político, em especial frente aos gestores municipal e estadual, nos processos de decisão que ocorrem em outros lugares.

### **6.3 Plano de Investimento - como se organiza, quais os atores com poder, qual o poder e seu papel no hospital**

Plano de Investimento (PI) é o nome dado para o processo de planejamento participativo do orçamento de investimento do GHC, que se iniciou em 2003 e teve a quinta edição no ano de 2007. O processo começou em abril de 2003, através da formação de um Grupo de Trabalho (GT) instituído para elaborar a proposta, formado por gerentes, assessores e representantes dos trabalhadores. O processo de decisões sobre os gastos a serem realizados

é organizado em duas etapas: a constituição de uma comissão por local de trabalho e o Fórum Global dos trabalhadores (FEIJÓ, 2006; RIBEIRO, 2005).

O critério estabelecido para a participação foi o de proporção entre o número de trabalhadores por área de trabalho em 2003. Nos demais anos a proporcionalidade se deu por unidade hospitalar, com um representante para cada quarenta trabalhadores. A escolha dos representantes ocorreu através da eleição direta. A partir de 2004 as plenárias por hospital e o Fórum Global também contaram com a presença de usuários do sistema, indicados pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Os critérios de participação e o funcionamento do PI são estabelecidos por meio de regimento interno.

As eleições dos representantes ocorrem no início do ano, após a prestação de contas da execução do PI deliberado no ano anterior, realizada pela direção. Inicialmente os representantes responsabilizam-se pelo levantamento das necessidades em cada área e setor e, juntamente com os demais trabalhadores, são apontadas e decididas as prioridades.

Em um segundo momento há plenárias por hospital e por serviço de saúde comunitária. Nessas plenárias o conjunto de delegados eleitos priorizam os materiais, equipamentos e obras que devem ser comprados e executados por meio do Plano de Investimentos. Frequentemente a decisão sobre os investimentos acontece por consenso, construído entre os participantes das plenárias a partir da argumentação sistematizada em cada hospital.

No terceiro momento realiza-se o Fórum Global dos Trabalhadores. No Fórum os representantes das unidades hospitalares e do serviço de saúde comunitária apresentam seus planos publicamente, referendam-se as prioridades e a lista destas é entregue à direção do GHC.

Durante a execução do PI há reuniões para prestação parcial de contas e levantamento das dificuldades para a execução do investimento. A análise dos documentos de prestação de contas revela registros de empecilhos à execução mais ágil dos investimentos. Dentre esses destacam-se a necessidade de obras prévias às solicitadas e de novas especificações de equipamentos, previsão insuficiente de recursos financeiros e outros. As soluções dos problemas são elaboradas pela Direção com os representantes eleitos. Houve vários momentos de entregas públicas de materiais e equipamentos e boletins informativos sobre a prestação de contas.

Nos anos de 2005, 2006 e 2007 a administração apresentou ao PI uma proposta de Planejamento Estratégico de Gestão – PEG, propondo um conjunto de investimentos

considerados estratégicos para a melhoria do atendimento oferecido pelo Grupo. O Plano de Institucional Estratégico – PIE continha propostas de investimento de grande monta, como a reforma das emergências, UTIs, e a compra de equipamentos mais caros. Diferentemente dos anos anteriores, a direção passou a apresentar proposta de obras, de aquisição de equipamentos e materiais aos representantes eleitos de trabalhadores e usuários, conforme relata o entrevistado:

Eu acho que o legal do PI é que a cada ano ele evolui. [...] No início foi assim: “Vamos fazer o PI”. Os trabalhadores decidiram tudo, sem muita diretriz. No segundo ano, se estabeleceu diretrizes de investimento discutidas pelos trabalhadores. No terceiro ano, já se avançou com o Plano Institucional Estratégico (PIE), que passa a ser também uma diretriz daqueles investimentos mais macro, não perceptíveis pelos setores. Também investimentos defendidos pela direção e pelas gerências. Tipo as subestações de energia para os hospitais, prédio para as áreas administrativas. Volta para o PI e é discutido e priorizado lá (Administrador 1).

Além da descrição da dinâmica do PI feita até aqui, é importante para a análise que se faz neste trabalho a identificação dos atores que têm poder no fórum.

As Tabelas 7 e 8 apresentam o número de trabalhadores do hospital, ativos e afastados, o número de trabalhadores que votaram para representantes do PI e o índice de participação nos anos de 2004 e 2005 por hospital.<sup>16</sup>

**Tabela 7**

Número de trabalhadores, ativos e afastados, que votaram para representantes do PI e o índice de participação no ano de 2004 por hospital e no GHC

<b>Hospital</b>	<b>Trabalhadores</b>	<b>Afastados</b>	<b>Votantes</b>	<b>Índice de Participação %</b>
Hospital Nossa Senhora da Conceição	3357	538	1417	50,30%
Hospital Cristo Redentor	1002	150	529	62,10%
Hospital da Criança Conceição	848	124	370	51,10%
Hospital Fêminca	597	79	303	58,50%
Serviço de Saúde Comunitária	318	24	253	86,10%
<b>Grupo Hospitalar Conceição</b>	<b>6122</b>	<b>915</b>	<b>2872</b>	<b>55,20%</b>

Fonte: Feijó, 2006, 50

<sup>16</sup> Os dados apresentados do PI foram dos períodos em que estavam disponíveis, no entanto é possível afirmar que são representativos para explicar a participação.

**Tabela 8**

Número de trabalhadores, ativos e afastados, que votaram para representantes do PI e o índice de participação no ano de 2005 por hospital e no GHC.

<b>Hospital</b>	<b>Trabalhadores</b>	<b>Afastados</b>	<b>Votantes</b>	<b>Índice de Participação %</b>
Hospital Nossa Senhora da Conceição	3613	606	1202	39,97%
Hospital Cristo Redentor	1087	136	468	49,21%
Hospital da Criança Conceição	882	141	438	59,11%
Hospital Fêmeinca	605	91	294	57,20%
Serviço de Saúde Comunitária	307	27	231	82,50%
<b>Grupo Hospitalar Conceição</b>	<b>6494</b>	<b>1001</b>	<b>2633</b>	<b>47,93%</b>

Fonte: Feijó, 2006, 54

Os dados acima demonstram que, no ano de 2004, mais da metade dos trabalhadores participaram da eleição dos representantes do PI. No ano de 2005, embora com uma queda da participação em relação ao ano anterior, aproximadamente 50% dos trabalhadores escolheram seus representantes. Os percentuais apresentados demonstram uma expressiva mobilização dos trabalhadores para a discussão dos investimentos.

Analisando as diferenças verificadas entre as diferentes unidades hospitalares e o Serviço de Saúde Comunitária, observa-se que a adesão ao processo é inversamente proporcional ao número total de trabalhadores. Provavelmente a explicação mais plausível para essa diferença seja a maior dificuldade de mobilização e comunicação nas unidades mais complexas e com maior número de trabalhadores.

A Tabela 9 apresenta os dados do número total de trabalhadores, os números de votantes e o índice de participação por categoria profissional do GHC no ano de 2005.

**Tabela 9**

Número de trabalhadores, número de trabalhadores que votaram para representantes do PI e o índice de participação em relação ao próprio cargo no ano de 2005\*.

<b>Cargo</b>	<b>Total Trabalhadores</b>	<b>Total de Votantes</b>	<b>% em relação a categoria</b>
Especialista de manutenção hospitalar	27	24	88,9
Nutricionista	40	31	77,5
Auxiliar de nutrição	38	27	71,1
Assistente social	22	13	59,1
Fisioterapeuta	23	13	56,5
Técnico de manutenção	95	53	55,8
Técnico administrativo	250	138	55,2
Vigia	74	40	54,1
Auxiliar administrativo	280	144	51,4
Cozinheiro	43	22	51,2
Telefonista	24	12	50,0
Auxiliar técnico administrativo	70	34	48,6
Enfermeiro	305	148	48,5
Auxiliar de laboratório	33	16	48,5
Auxiliar geral	344	161	46,8
Atendente de nutrição	224	97	43,3
Técnico de enfermagem	789	322	40,8
Auxiliar de farmácia	59	23	39,0
Farmacêutico	58	22	37,9
Técnico de radiologia	86	31	36,0
Auxiliar de enfermagem	1208	414	34,3
Supervisor administrativo	30	10	33,3
Médico	783	196	25,0
Técnico especializado	20	5	25,0
Odontólogo	33	8	24,2
Diversos	913	237	26,0
Outros	273	141	51,6
<b>TOTAL</b>	<b>6144</b>	<b>2382</b>	<b>38,8</b>

Fonte: Dados primários da pesquisa.

\* Excluídos os trabalhadores do SSC e considerado o total de trabalhadores, incluídos os afastados. Os diversos são trabalhadores que votaram no ano de 2005, mas que não estão mais no quadro do GHC em 2007, e não foi possível identificar as categorias profissionais. No entanto, como reconhecidamente trata-se de funcionários de nível médio demitidos quando da aposentadoria.

Pode-se observar que médicos, técnicos especializados e odontólogos são as categorias que apresentam menor índice de participação na votação dos representantes dos PI em relação ao seu número de trabalhadores existentes no Grupo Hospitalar Conceição. Demonstrando que esses profissionais são os menos presentes nesse processo de participação.

A Tabela 10 apresenta os dados do percentual de trabalhadores por cargo em relação

ao total dos profissionais do grupo e o percentual de votantes por cargo em relação ao total de trabalhadores que votaram no ano de 2005.

**Tabela 10**

Comparação entre os percentuais de trabalhadores e de votantes por cargo no ano de 2005

<b>Cargo</b>	<b>% de trabalhadores em relação ao total de trabalhadores</b>	<b>% votantes em relação ao total votantes</b>
Auxiliar de enfermagem	19,66	17,38
Técnico de enfermagem	12,84	13,52
Médico	12,74	8,23
Auxiliar geral	5,6	6,76
Enfermeiro	4,96	6,21
Auxiliar administrativo	4,56	6,05
Técnico administrativo	4,07	5,79
Atendente de nutrição	3,65	4,07
Técnico de manutenção	1,55	2,23
Técnico de radiologia	1,4	1,3
Vigia	1,2	1,68
Auxiliar técnico administrativo	1,14	1,43
Auxiliar de farmácia	0,96	0,97
Farmacêutico	0,94	0,92
Cozinheiro	0,7	0,92
Nutricionista	0,65	1,3
Auxiliar de nutrição	0,62	1,13
Odontólogo	0,54	0,34
Auxiliar de laboratório	0,54	0,67
Supervisor administrativo	0,49	0,42
Especialista de manutenção hospitalar	0,44	1,01
Telefonista	0,39	0,5
Fisioterapeuta	0,37	0,55
Assistente social	0,36	0,55
Técnico especializado	0,33	0,21
Outros	4,44	5,92
Diversos	14,86	9,95
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados primários da pesquisa.

\* Excluídos os trabalhadores do SSC e considerado o total de trabalhadores, incluídos os afastados.

Pode-se observar que há uma correlação entre o número absoluto dos trabalhadores por categoria e o percentual de votantes. Ou seja, como tendência geral, as categorias com maior número de trabalhadores também são aquelas que mais votam no PI, apontando uma proporcionalidade. No entanto, médicos, auxiliares de enfermagem e odontólogos são categorias em que a participação no PI é menor que sua participação no hospital. Isso reafirma

os dados anteriormente apresentados quanto às primeiras categorias. Quanto aos auxiliares de enfermagem, é preciso considerar que é a categoria mais numerosa e que tem o maior número de trabalhadores afastados. O mesmo não ocorre com os médicos e odontólogos.

A Tabela 11 apresenta o número de trabalhadores e número de representantes eleitos no PI por cargos e a relação percentual de eleitos em relação ao número de trabalhadores para cada cargo em 2007.

**Tabela 11**

<b>Cargos</b>	<b>Total de Trabalhadores*</b>	<b>Trabalhadores Eleitos</b>	<b>% de eleitos em relação aos cargos</b>
Assistente Social	52	5	9,6
Odontólogo	55	5	9,1
Nutricionista	54	3	5,6
Auxiliar de Farmácia	91	5	5,5
Auxiliar de Nutrição	38	2	5,3
Auxiliar Técnico Administrativo	78	4	5,1
Auxiliar Administrativo	475	19	4,0
Telefonista	26	1	3,8
Enfermeiro	423	16	3,8
Especialista em Manutenção Hospitalar	29	1	3,4
Vigia	93	3	3,2
Auxiliar Geral	443	14	3,2
Cozinheiro	71	2	2,8
Auxiliar de Laboratório	37	1	2,7
Técnico de Enfermagem	1149	28	2,4
Fisioterapeuta	43	1	2,3
Auxiliar de Enfermagem	1536	33	2,1
Técnico de Radiologia	103	2	1,9
Técnico Administrativo	263	5	1,9
Atendente de Nutrição	340	5	1,5
Médico	982	10	1,0
Técnico de Manutenção	115	1	0,9
Supervisor Administrativo	34	0	0,0
Técnico Especializado	25	0	0,0
Farmacêutico	93	0	0,0
Outros	410	18	4,4
<b>Total</b>	<b>7058</b>	<b>166</b>	<b>2,4</b>

Representantes eleitos por cargo no ano de 2007 no GHC.

Fonte: Dados primários da pesquisa. \* Considerado o total de trabalhadores, incluídos os afastados.

Pode-se observar que a assistência social, odontólogos, nutricionistas, auxiliares de

farmácia, auxiliares de nutrição, auxiliares técnico-administrativos têm um número de eleitos que fazem com que a representação de suas categoria seja mais expressiva que a das demais. Ou seja, enquanto no geral os eleitos são 2,4% dos trabalhadores, essas categorias têm mais que 5% dos seus trabalhadores como representantes eleitos do PI. Os médicos, técnicos de manutenção, supervisores administrativos, técnicos especializados e farmacêuticos apresentam o menor percentual de eleitos em relação ao número total de trabalhadores nestes cargos.

A Tabela 12 apresenta os dados de percentual de trabalhadores por cargo e o percentual de eleitos por cargo.

**Tabela 12**

Comparativo entre o percentual de trabalhadores e de eleitos por cargo no ano de 2007.

<b>Cargos</b>	<b>% do cargo em relação ao total dos trabalhadores*</b>	<b>% do cargo em relação ao total de eleitos</b>
Auxiliar de Enfermagem	21,8	17,9
Técnico de Enfermagem	16,3	15,2
Auxiliar Administrativo	6,7	10,3
Enfermeiro	6,0	8,7
Auxiliar Geral	6,3	7,6
Médico	13,9	5,4
Técnico Administrativo	3,7	2,7
Assistente Social	0,7	2,7
Odontólogo	0,8	2,7
Auxiliar de Farmácia	1,3	2,7
Atendente de Nutrição	4,8	2,7
Auxiliar Técnico Administrativo	1,1	2,2
Nutricionista	0,8	1,6
Vigia	1,3	1,6
Cozinheiro	1,0	1,1
Técnico de Radiologia	1,5	1,1
Auxiliar de Nutrição	0,5	1,1
Técnico de Manutenção	1,6	0,5
Fisioterapeuta	0,6	0,5
Telefonista	0,4	0,5
Especialista em Manutenção Hospitalar	0,4	0,5
Auxiliar de Laboratório	0,5	0,5
Supervisor Administrativo	0,5	0,0
Farmacêutico	1,3	0,0
Técnico Especializado	0,4	0,0
Outros	5,8	9,8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados primários da pesquisa. \* Considerado o total de trabalhadores, incluídos os afastados.

Os representantes eleitos no PI em 2007 foram 37,5% de nível médio, 36,41% de

escolaridade de nível fundamental e 26,09 % de nível superior. As categorias com maior número de representantes eleitos são auxiliares de enfermagem (17,93%), técnicos de enfermagem (15,22%), auxiliares administrativo (10,33%), enfermeiros (8,7%), auxiliares geral (7,61%) e médicos com (5,43%). Essas são as categorias com maior número de trabalhadores na instituição e os médicos e os auxiliares de enfermagem são as categorias que têm menor proporção como delegados do PI em relação ao número de trabalhadores na organização, repetindo o que ocorreu em relação aos votantes.

Também se pode observar que a participação dos médicos é menor que a dos demais trabalhadores, tanto na votação como na representação eleita, se comparados com a sua representatividade absoluta no hospital. Essa constatação é reforçada pela avaliação de alguns atores entrevistados:

Não, o poder médico não tem no PI. Mas nós, no PI, temos. Podemos participar, entendeu, dar nossa opinião, mostrar o nosso dia-a-dia e dizer aquilo que a gente precisa (Trabalhador 5).

A participação expressiva dos trabalhadores, a proibição de que os gestores, representantes da administração, possam ser representantes no PI e a menor presença de médicos e usuários indicam que os demais trabalhadores são os que exercem mais influência neste fórum. No entanto, o regramento, a normatização, e as relações hierárquicas entre a administração e os trabalhadores relativizam esse poder. Os próprios administrados admitem o seu poder em relação ao PI, como expressam os entrevistados:

O poder no PI acaba sendo dos gerentes exatamente, pelas necessidades que eles enxergam. Claro que isso é dividido, mas eles têm a centralidade do processo. Junto com seu delegado. E o delegado geralmente tem uma certa liderança e que geralmente é próximo ao gerente. É assim a vida (Administrador 1).

No PI nós estabelecemos que o trabalhador decide, mas infelizmente ainda o poder nas tomadas de decisão nas comunidades é fortemente induzido pela diretriz, pela orientação do dinheiro. Mas mesmo assim são avanços extraordinários (Administrador 2).

Dessa forma, o PI é um mecanismo em que administradores partilham, em parte, com os demais trabalhadores e alguns usuários a decisão sobre investimentos. As decisões são tomadas tendo em vista processos de discussão e debate que pressupõem a negociação entre os interesses da administração e dos trabalhadores ali presentes. Há indicações, de que o PI é, portanto, um fórum em que ocorre uma certa partilha de poder, da administração com os demais trabalhadores, pois há a possibilidade de os trabalhadores efetivamente apontarem suas necessidades e deliberarem sobre a utilização dos recursos.

A natureza da participação, neste caso, incide na gestão dos investimentos do hospital.

Como os investimentos são cruciais para a definição do papel futuro dos hospitais no Sistema de Saúde, o PI é muito relevante em termos organizacionais, pois indica quais as prioridades da organização e em que medida os serviços serão ampliados, reduzidos e qualificados. O âmbito da participação ocorre na alta gerência, uma vez que definições efetivadas exclusivamente por dirigentes passam a ser precedidas por um processo de discussão e debate com o conjunto dos trabalhadores do Grupo.

As decisões do fórum são consideradas e de fato orientam todo o investimento na organização. Mesmo os projetos com recursos definidos pela fonte financiadora, cujo uso não caberia à organização definir, são apresentados e debatidos no fórum. Neste caso não para a decisão, mas para o conhecimento. De outra forma, o PI estimula a busca de recursos de projetos para que o Grupo possa, sem utilizar os seus recursos, cumprir com as demandas aprovadas no fórum. Para o que se propõe, pode-se afirmar ser um fórum que de fato decide e que suas decisões são implementadas. Essas decisões são resultado de processos de negociação entre trabalhadores e administradores do hospital:

[...] o PI é um negócio que tem [...] fluxo das coisas, as propostas podem vir, têm limitações de custos evidentemente, há decisões que não ficam na mão de quem está atendendo, ficam na mão de quem decide valores e tal, mas aí os trabalhadores têm uma influência grande (Gestor Municipal 1).

[...] está sendo feito tudo o que foi exigido no PI. [...] o que o pessoal pediu do PI, eles estão comprando. Estão comprando e estão colocando (Trabalhador 1).

Segundo os entrevistados, o PI tem papel importante na aprendizagem e na construção de espaço menos assimétricos que envolvem o conjunto dos trabalhadores da organização. Possibilita o envolvimento de um maior número de pessoas com as questões do hospital e com a vivência da participação. É um dispositivo que propicia a expressão das demandas e a presença do trabalhador em outro patamar na organização que não apenas de execução das tarefas, conforme destacam os depoimentos abaixo:

[...] foi a primeira vez que talvez um funcionário da lavanderia, [...], que são os mais discriminados, sentaram, por exemplo, com uma enfermeira, um médico pra discutir uma prioridade do seu setor. Eu acho que isso é uma pedagogia extremamente importante. [...] Como eles tiveram que disputar prioridades [...], eles acabaram também conhecendo mais o hospital e a necessidade de outros setores. [...] Os trabalhadores [...] cobram a instituição com mais responsabilidade; porque viram os limites, passam a ser mais co-responsáveis com a coisa pública, com o hospital (Administrador 1).

[...] uma das coisas que uma das pessoas falou, que é um segurança: “A senhora como pessoa com curso superior, vocês se posicionam e falam o que vocês querem. Mas nós que somos seguranças não podemos. Porque hierarquicamente a gente tem mais restrições do que é dado a vocês técnicos, e nesse momento esse é o nosso fórum de poder falar, de poder propor” (Trabalhador 3).

Ao mesmo tempo, o PI configura-se como um espaço de negociações de prioridades para a organização entre os representantes dos trabalhadores e os administradores do Grupo. Segundo os trabalhadores e os usuários, o resultado foi de aproximar os investimentos da realidade. Os investimentos realizados através do PI mudaram as condições de trabalho e o atendimento no Grupo:

[...] nós melhoramos muito quando começamos fazer a participação dos funcionários na decisão dos investimentos. [...] Eu tô aqui há seis anos, então eu tive uma visão anterior, e agora nesses últimos quatro anos dá pra se dizer, a gente melhorou muito. Material que a gente não tinha a gente tem hoje. [...] nós sempre soubemos que a verba vinha. [...] Mas antes a gente não via ela tão próxima da gente, com os investimentos chegando até o usuário, que é quem paga imposto, que é quem de fato precisa usufruir desse valor que vem (Trabalhador 5).

O PI também é reconhecido como um mecanismo que confere transparência para a utilização dos recursos do hospital e possibilita o controle público dos investimentos:

Para o gestor municipal eu acho que dá só mais uma tranquilidade de que o dinheiro público está sendo bem utilizado [...] (Gestor Municipal 2).

Eu acho que nessa maneira não tem como desviar dinheiro. Porque quando vai o orçamento x, tanto para o posto tal. [...] E eu acho que é mais fácil [...] tu controlar. Na verdade, controlar para não desviar. É o controle social, que a gente faz (Usuário 2).

Em síntese, no PI são os demais trabalhadores os que mais participam. Apesar de contar com a presença de usuários e médicos, estes estão presentes em menor número. O poder nesse fórum é dos demais trabalhadores, no entanto, há o reconhecimento que este poder é restringido pelas relações hierárquicas e pelo domínio de conhecimento dos administradores.

A natureza da participação incide na gestão de investimento do hospital, influenciando, portanto, na gestão geral da organização. O âmbito da participação dá-se na alta gerência. Há um processo de negociação entre trabalhadores e administradores, ocorrendo partilha de poder entre esses atores na definição dos investimentos do hospital. Nesse sentido é reconhecido como um dispositivo de participação que tem poder no Grupo Hospitalar, na medida em que de fato as deliberações do fórum orientam os investimentos realizados na organização.

Entre os papéis do PI identificados nessa análise, destaca-se a negociação de consensos entre os trabalhadores e administradores sobre as prioridades de investimentos. É reconhecido como um dispositivo que possibilita a aprendizagem dos atores e também considerado como um espaço que contribuí para a diminuição das assimetrias dos demais trabalhadores entre si e com os médicos e administradores. Possibilita a expressão e o

atendimento das demandas dos usuários, mas principalmente dos demais trabalhadores nas questões de infra-estrutura do hospital. Dessa forma aproxima os investimentos realizados da realidade desses atores. É considerado um dispositivo que propicia a transparência no uso dos investimentos e no controle público dos mesmos.

## **7 AS MUDANÇAS NO ENVOLVIMENTO COM O HOSPITAL E NAS RELAÇÕES ENTRE OS ATORES**

Neste capítulo analisaram-se o envolvimento dos atores com a instituição e as relações entre eles. Buscou-se verificar se os fóruns de participação, criados a partir de 2003, contribuíram para alterar as relações entre os atores e identificar o papel dos fóruns de participação para promoverem a participação dos atores organizacionais, societários e estatais no hospital, ou seja, médicos, usuários, administradores, demais trabalhadores e gestores do sistema. Compreendeu-se a participação como o envolvimento dos atores no hospital.

### **7.1 O Envolvimento dos Atores com o Hospital**

O grande poder de administradores e de médicos é reconhecido na maioria dos estudos realizados sobre os hospitais e pela história destas instituições (CARAPINHEIRO, 1998). Nesse sentido, a ênfase desta pesquisa é verificar se os demais atores, em especial usuários, demais trabalhadores e gestores do sistema ampliam seu envolvimento a partir da existência de fóruns de participação formalizados.

No caso do GHC, os administradores tiveram a iniciativa de inclusão dos demais atores através da institucionalização dos dispositivos formais de participação, o que ocorreu a partir da criação dos fóruns, do Plano de Investimento, do Conselho Gestor e da ampliação dos atores participantes no Conselho de Administração.

Para os médicos, a existência dos mecanismos de participação não alterou seu modo de envolvimento com os hospitais do Grupo:

A participação dos médicos antes e depois. Eu não acho que teve alguma mudança qualitativa (Médico 2).

No caso específico do PI, a participação dos médicos é pequena se comparada com a dos demais trabalhadores. Conforme foi visto anteriormente, a participação desses profissionais no processo de escolha de representantes é menor do que a sua proporção no conjunto da instituição e, além disso, são poucos os eleitos para representarem os trabalhadores. Assim, os médicos constituem, via de regra, minoria no processo do PI, o que é reconhecido pelo entrevistado:

O PI, os médicos participaram muito pouco ou quase nada. Eu não tenho lembrança de nenhum médico, ou pelo menos articulados a sua associação, que não fosse, por exemplo, vinculado à direção ou alguma coisa assim, que tivesse

participado do PI. Então, os médicos, por exemplo, nesse PI, tiveram pouca participação (Médico 2).

No Conselho Gestor há o reconhecimento do espaço de participação aberto:

E nos foi dada a possibilidade de os sindicatos que participam do GHC indicarem os seus membros para o Conselho Gestor (Médico 2).

Mudança percebida, se houve, foi no sentido da diminuição de possibilidade de os médicos intervirem na administração da organização:

[...] antes inclusive de eu entrar no Grupo Conceição, sempre foi uma participação muito ativa. [...] Nada se fazia no Grupo Conceição com relação aos médicos ou com relação ao andamento, às linhas do hospital, sem que os médicos se posicionassem bem ativamente [...]. Depois disso, eu não sei se tem uma interferência grande, uma mudança grande. [...] com essa direção eu acho que teve uma maquiagem de democracia. [...] quando essa nova direção assumiu, os médicos não influenciavam em nada. Então, com essas nossas lutas e tal, hoje eles estão conversando com a gente (Médico 2).

Ou seja, os médicos reafirmam que a direção, ao menos inicialmente, não estabeleceu uma relação diferenciada com a categoria como acontecia anteriormente. Dessa forma, percebem que há uma restrição na influência que exercem sobre a direção e, portanto, no seu envolvimento com o hospital. A participação nos fóruns, por outro lado, não lhes garante um maior envolvimento, na medida em que são espaços divididos com outros atores, principalmente usuários e demais trabalhadores.

Em contraste, segundo os entrevistados, esses mecanismos propiciaram a institucionalização da participação dos demais trabalhadores:

A participação dos trabalhadores era feita quando, dentro das chefias, a gente se reunia com o pessoal; interferência das entidades sindicais, associativas, reuniões que eram feitas de maneira rudimentar, não tinha uma estrutura de participação criada pela instituição (Trabalhador 2).

A participação dos trabalhadores através da associação foi articulada pela própria direção, no início da década de 80 através da organização da ASSERG. Com o tempo essa estrutura se desvinculou da tutela da direção e se constituiu em mecanismo de pressão e de articulação das demandas dos trabalhadores no GHC. Outros dispositivos de participação anteriormente existentes restringiam-se a situações isoladas, ou àqueles previstos em lei como a CIPA.

Os entrevistados referem que a participação dos demais trabalhadores ocorria por intermédio das associações, das entidades sindicais, ou seja, uma participação de caráter reivindicatório trabalhista não reconhecida pelos trabalhadores como um envolvimento nos

rumos da organização hospitalar. O envolvimento dos médicos, em contraste, ocorria apesar da inexistência de fóruns institucionalizados. Os demais trabalhadores afirmam que havia uma restrição ao seu envolvimento na organização e reconhecem que os fóruns institucionalizados propiciaram maior participação:

Existe uma diferença muito grande nesse sentido, da criação de fóruns, [...] Quando é que um auxiliar de enfermagem pensaria em chegar até Brasília, até o Ministro da Saúde? [...] a diferença entre um lado e outro antes dessa criação de todos os fóruns, simplesmente o trabalhador não participava, não havia participação do trabalhador no todo, a não ser o trabalho dele referente ao paciente ou tipo cursos [...] (Trabalhador 4).

A assimetria nas relações entre os médicos e demais trabalhadores evidencia-se na percepção diferenciada quanto ao envolvimento no hospital. Para os médicos, a institucionalização de fóruns não amplia o seu envolvimento; ao contrário, os fóruns, segundo eles, restringem sua influência. Para os demais trabalhadores, a participação nesses fóruns lhes confere outro *status* na organização:

As brigas que tinha aqui dentro do Conceição era tudo [...] via sindicato, botava a boca no trombone na nossa reunião, ou ia para o pátio falar. Mas falar direto com a direção era raro. Esses fóruns ajudaram para melhorar (Trabalhador 1).

[...] eu acho que existiu uma alteração muito grande, [...] das pessoas exporem as suas opiniões, principalmente nesses fóruns [...] Há abertura de tu sentar e conversar e expor a tua opinião e entrar até muitas vezes num debate (Trabalhador 4).

Segundo os trabalhadores, seu envolvimento nos fóruns existentes lhes oferece possibilidades de diferenciação, dependendo do mecanismo de participação. No Conselho de Administração, os entrevistados identificam a menor possibilidade de exercer influência. O Conselho Gestor também promove sua participação, mas cabe ao PI, o primeiro lugar tanto numérica quanto qualitativamente:

Depois desses mecanismos aumentou bastante [a participação], porque o PI são cento e poucas pessoas. O Conselho Gestor tem ali a participação da comunidade externa, dos usuários, dos trabalhadores e tem também do Sindicato. O Conselho de Administração talvez seja o menor deles porque é questão de uma representação que tem lá, que é do Conselho de Administração, que é a representação dos funcionários (trabalhador 2).

Esse processo do PI [...] é o que mais ramificações tem. Porque pega desde o peão ao técnico. Todas as pessoas que quiserem dar uma contribuição estão ali (Trabalhador 3).

Os gestores do sistema de saúde, municipal e estadual, reconhecem que sua inclusão no Conselho de Administração propiciou maior envolvimento no Hospital, no sentido de

obtenção de informações sobre o GHC. Não referem o mesmo em relação ao Plano de Investimento ou ao Conselho Gestor:

O CG do hospital? Não tenho a menor noção de como é que funciona. Não sei, nunca fui. Eu sei que ele existe, sei que ele é formado (Gestor Municipal 1)

A descrição da atuação do gestor antes de se criarem esses mecanismos é ilustrativa do novo tipo de participação que o Conselho de Administração propiciou:

Antes da criação do Conselho, a nossa relação com o GHC era uma relação exclusivamente de gestor municipal com um serviço contratado, igual aos demais, o Conselho de Administração trouxe mais envolvimento para ter os dados do GHC (Gestor Municipal 1).

O maior envolvimento também dos usuários a partir dos fóruns instituídos é reconhecido pelos trabalhadores:

Existiu uma mudança bastante grande, para os usuários, porque nós vimos isso junto ao Conselho Gestor, que até então nós não tínhamos. Infelizmente o usuário muitas vezes vinha, o que ele se referendava mais era a questão da queixa, ali, e não passava daquele limite.[...] Agora existe a participação deles sim, no Conselho Gestor[...] usuário não participava, não tinha acesso para ele participar (Trabalhador 4).

Além da participação através dos fóruns formais, os trabalhadores entrevistados afirmam que, quanto aos usuários, essa se deu através de mecanismos participativos, tais como a ouvidoria, a ampliação dos horários de visitas e a possibilidade de usuários internados terem acompanhantes.

Os usuários entrevistados consideram que o Conselho Gestor, em primeiro lugar, e o PI, em segundo, são os mecanismos instituídos que tornaram possível sua participação. Nos hospitais eles não fazem referência ao Conselho de Administração. É preciso considerar que a participação dos usuários nesse fórum se dá pela presença do Presidente do Conselho Estadual, o qual, por sua vez, não participa do Conselho Gestor do hospital. Também expressam que esses fóruns propiciaram uma mudança qualitativa no tipo de envolvimento dos usuários nos hospitais do Grupo:

[...] Antes tu não via dentro do hospital alguém do Conselho Gestor andando; tu não tinha uma participação direta na administração, de como as equipes estão trabalhando, de como que os serviços estão atendendo. A não ser aquele pessoal que ia lá para dar consolo aos doentes, rezar e tal. Mas não tinha uma atuação específica dentro do hospital, que o usuário fosse lá e pudesse [...] interferir em funcionamento, isso não existia [...]. E agora tem (Usuário 4).

Antes disso não tinha participação. Eu não participava em nada no hospital.

Só quando ficava doente, baixei uma vez [...]. Mas participação aqui nós não tínhamos. Nós tínhamos, no Posto, na direção não (Usuário 2).

Ou seja, o envolvimento dos usuários com o hospital restringia-se ao voluntariado, na ajuda aos doentes e a ser paciente. Não havia participação na organização dos serviços e no seu funcionamento. Havia uma organização dos usuários da Zona Norte da cidade de Porto Alegre, nos postos de saúde ligados ao GHC, que constituíram o Conselho Intercomunitário da região. Desde o início da década de 90 esse conselho aglutinava usuários, trabalhadores e administradores dos postos de saúde comunitária. Essa organização não propiciava o envolvimento nas questões de funcionamento do hospital. Suas ações eram relacionadas fundamentalmente a reivindicações para os postos de saúde à direção do GHC.

A existência de uma organização prévia dos usuários é relevante para a determinação dos processos de participação no GHC. Ela pode explicar porque em certos casos a participação é mais autônoma e em outros não. Os usuários entrevistados reconhecem que os fóruns participativos dos hospitais, instituídos a partir de 2003, constituíram-se em dispositivos que possibilitaram sua presença nas questões relacionadas ao Grupo hospitalar como um todo:

E, com o PI, a comunidade foi convidada para participar. Eu também participei. [...] Depois do pessoal fazer parte do Conselho Gestor, então a gente tem uma ligação maior ainda. [...] E quando tem problema dentro da comunidade, a gente traz. Se vem uma reclamação, no caso, de um paciente mal atendido na emergência, vem ao nosso Conselho, de modo que a gente tem liberdade para fazer as coisas, no Conselho Gestor do hospital (Usuário 2).

Os conselhos de saúde se constituíam em canal para os usuários terem alguma intervenção nos hospitais. Mas o envolvimento efetivo, segundo eles, ocorreu somente a partir da criação do Conselho Gestor:

Não tinha diálogo, não existia. [...] Então a partir da criação do Conselho Gestor [...] é que a gente aprendeu, nesses dois primeiros anos, como funciona o lado de dentro do hospital. Na visão do usuário, porque a gente tinha a visão de ocupar o serviço, mas não do usuário sem precisar ocupar o serviço de dentro para fora (Usuário 5).

Os fóruns instituídos no hospital, ao permitirem maior envolvimento dos usuários na instituição, são reconhecidos como espaços antes inexistentes de fala para esses atores. A abertura de espaços de diálogo e encontro com os demais atores propiciaram uma mudança no envolvimento dos usuários com os hospitais. Pacientes doentes necessitados de cuidados passaram também, através de seus representantes, a serem usuários do sistema em condições de apresentar propostas e reivindicar melhorias no atendimento.

O mesmo ocorreu para os demais trabalhadores, com a institucionalização dos espaços de participação no Grupo Hospitalar. Quanto aos gestores, esses ampliaram sua participação, mas apenas no que tange a mais conhecimento sobre o hospital. Quanto aos médicos, tradicionalmente mais influentes nessas organizações, observou-se que a existência dos fóruns agiram negativamente nesse sentido, pois houve uma diminuição da sua capacidade de interferir junto à administração. Os dirigentes do Grupo, a administração do hospital, por sua vez, ampliaram sua capacidade de intervir na gestão dos hospitais, na medida em que, ao menos em parte, deu-se a restrição do poder médico e maior apoio aos demais atores. Percebe-se, assim, que a instituição de fóruns de participação no hospital propiciou um maior envolvimento dos atores tradicionalmente excluídos e com menos recursos de poder, quais sejam, usuários e demais trabalhadores.

## 7.2 As Relações entre os Atores

As mudanças nas relações entre os atores a partir da existência dos fóruns de participação é outra questão abordada nesta pesquisa. A existência de fóruns em que os gestores podem estar presentes no hospital não alterou significativamente a relação entre estes atores e os atores organizacionais. Um dos aspectos é que os gestores tendem a se relacionar diretamente apenas com a direção do Grupo Hospitalar, visto apenas como um prestador de serviços:

Eu acho que sinceramente não [houve mudança na relação entre os gestores e o hospital], nada que eu pudesse dizer “em tal situação a participação mudou, o tipo de relação foi diferente porque existia um CA que determinou isso”. Há relação política, porque na realidade o grupo continuou sendo um prestador, embora o gestor fazendo parte do Conselho, a relação dele de cobrança com o prestador ela permaneceu mais ou menos do jeito que ela era antes (Gestor Municipal 1).

Os trabalhadores entrevistados fazem referência a uma relação histórica de subordinação à hierarquia na organização e à distância entre os representantes de trabalhadores, sindicatos e entidades e representantes da administração:

Essa relação de empregado e patrão, digamos assim, ela já foi mais rígida ou menos rígida.[...] Os sindicatos se articularam politicamente, fizeram paradas e tal. Então, houve vários atritos. Tanto é que várias pessoas foram demitidas sumariamente. Então, a relação era hierárquica. Nós tivemos muitas situações de arrocho muito grande, de enfrentamentos muito sérios (Trabalhador 3).

Há referência, por parte dos trabalhadores entrevistados, de uma aproximação entre seus representantes e a direção, a qual teria sido possibilitada pela existência dos fóruns

participativos. Ou seja, esses dispositivos contribuíram para que houvesse uma relação mais estreita entre esses atores:

Esses fóruns que foram criados aí, intermediários, isso faz com que tenha uma relação mais próxima. Não existia, por exemplo, uma relação, um contato mais íntimo da administração do Conceição com os funcionários. A aproximação aconteceu por causa dos mecanismos que foram criados pela instituição, o PI, o Conselho Gestor, o Conselho de Administração. Existe uma aproximação natural porque o cara desceu [...] da tribuna e está falando perto das pessoas que estão sentadas. (Trabalhador 2)

No entanto, apesar da mudança na relação entre representantes dos demais trabalhadores e administradores, diferentes atores reconhecem que as relações assimétricas e hierárquicas continuam. O tema da participação não permeia a instituição nas relações de trabalho, mantendo-se hierarquias de poder entre os trabalhadores e os administradores no cotidiano da organização:

Outro aspecto é o dia-a-dia do gerenciamento [...]. As pessoas continuam agindo com medo, [...] porque acham que o gerente está se metendo muito, está pressionando muito os trabalhadores (Trabalhador 2).

E os próprios gerentes tiveram pouco espaço de diálogo com os trabalhadores. Então, eu acho que no cotidiano dos hospitais o tema da participação ainda é frágil. O que existe no GHC é algumas iniciativas exitosas (Administrador 1).

Em síntese, a relação entre trabalhadores e administradores foi alterada, se considerada a maior aproximação entre a direção da organização e as entidades que representam os demais trabalhadores. Entretanto, essa mudança não é percebida no cotidiano do trabalho.

A relação entre os administradores e os médicos foi permeada por conflitos relacionados a projetos de mudança no funcionamento do Grupo que a administração propôs com os quais os médicos não concordavam. Médicos entrevistados afirmaram ter havido momentos em que a relação com a administração era de enfrentamento e de disputa de posições:

O que eu percebo é que a lei é aquela, que diz que para toda ação existe uma reação igual no sentido contrário. [...] Por exemplo, com relação à razão social, com relação à transferência da ginecologia, com relação aos aposentados, nós os trabalhadores – e dentre eles os médicos – nos posicionamos muito firmemente. [...] Então, [...] essa participação dos médicos foi muito um processo de enfrentamento a estas novas posições que nunca foram tão novas como nesse momento (Médico 2).

A relação conflitada entre administradores e médicos sinaliza que houve ocasiões em que as posições destes últimos foram menos influentes na direção do hospital. Como se viu anteriormente, os entrevistados médicos consideram ter ocorrido uma diminuição do poder

relativo da corporação nas decisões da direção. Pôde-se observar que a existência dos fóruns serviu, inclusive, como dispositivo para fortalecer a posição da administração nos conflitos com os médicos, como refere o entrevistado:

E agora eu não tenho visto mais os médicos decidindo. Eu acho que eles têm o poder de, quando tem uma coisa que é para mudar, a direção vai até o fim e acaba cedendo conforme o que os médicos querem. Mas melhorou mais. Eu acho que eles ainda têm mais poder para mandar, [...], mas a direção também está sabendo articular os fóruns para algumas vezes fazer conforme a direção quer e não conforme os médicos querem (Trabalhador 1).

Os administradores entrevistados reconhecem que houve limitação relativa do poder dos médicos com a inclusão de outros interesses, principalmente dos interesses dos demais trabalhadores. A ampliação dos recursos de poder dos administradores foi, em parte, resultado da aliança entre administradores, demais trabalhadores e usuários, realizadas nos mecanismos de participação analisados:

No geral, como categoria, os médicos reduziram sua influência. [...] enquanto categoria e como representação de interesses de categoria, eu acho que eles reduziram o poder nas decisões. [...] De uma maneira geral, na administração do hospital, os administradores aumentaram seu poder com os espaços da participação. E eu tenho certeza que os trabalhadores aumentaram também (Administrador 2).

A relação entre os trabalhadores, no cotidiano da organização, é reconhecida como orientada pela hierarquia das profissões que conferem aos médicos maior poder na relação com os demais trabalhadores. No entanto, há o reconhecimento de que houve alterações nessas relações no sistema de saúde brasileiro, seja pela organização do SUS, seja pela necessidade de partilhar responsabilidades entre os profissionais na prática cotidiana dos serviços:

Acho que a relação mais difícil que tem dentro do Grupo, aliás, dentro de todos os hospitais, é com a própria categoria dos médicos (Trabalhador 1).

Teve uma diferença, eu gostaria que tivesse uma diferença melhor nessa questão dos médicos. Parece que aqui os caras, parece que têm uma outra lógica, funciona um outro tempo para eles. Mas teve uma diferença, eu percebi uma diferença (Trabalhador 2).

Os fóruns não são reconhecidos como espaços que alteram substantivamente essas relações cotidianas, mas sinalizam para a possibilidade de relações mais horizontais entre os médicos e demais trabalhadores. Constituem-se em espaços onde as diferenças de saberes podem se diluir mais portanto, em que o poder médico não significa dominação dos outros trabalhadores. Um espaço aberto para negociações e conflitos em que é possível aos demais trabalhadores questionar e se contrapor aos profissionais médicos:

No Conselho Gestor tem espaço para falar direto com os médicos, a gente não quer saber, porque a gente fala de igual para igual. [...] Até porque a gente não tem medo de médico, então na questão gineco, a gente bateu de frente com o Sindicato Médico [...]. Mesmo que eles se achem diferentes, no Conselho Gestor a gente fala as coisas que um outro funcionário não vai falar para eles. Um outro funcionário não vai dizer assim “ah, porque o Sr. é um mentiroso”. Não, o pessoal vai ficar quieto até porque isso é uma coisa difícil, porque sempre que pesa na balança, o médico acaba saindo por bonzinho e os outros saem por ruim (Trabalhador 1).

A relação dos usuários com os demais atores organizacionais também foi analisada. A inclusão dos usuários no hospital através dos fóruns foi referida como um dispositivo que possibilita a alteração das relações entre estes e os demais atores. Ao estarem legitimados pelo fórum como representantes dos usuários, eles reconhecem que estabelecem uma relação diferenciada, se comparada à situação de assimetria extrema com os profissionais que enfrentam, como usuários, no cotidiano dos serviços:

Antes os diretores os médicos eram uma figura tão importante que tu não procurava. [...] No Conselho Gestor tu pode se apresentar sem aquela frescura. Os fóruns ajudam para fazer essa aproximação. Dos usuários com trabalhadores e os médicos, todas as pessoas que trabalham no hospital (Usuário 2).

Porque aquele sistema de ditador: eles fazem o que querem; [...] ninguém entra aqui; [...] não tem mais leito, [...] acabou. [...] Então os conselhos gestores estão capacitando, [...] pode ver a participação em reunião. A gente traz um assunto aqui, é ouvido. Antigamente [...], se reclamasse, era queimado, daqui a pouco não atendiam a família da gente (Usuário 1).

Há uma alteração na medida em que os representantes dos usuários passam a apresentar suas demandas e reclamações diretamente às equipes de trabalho e aos administradores. E estes, por sua vez, respondem às demandas, estabelecem canais de escuta e de negociação sobre as questões apresentadas. A exceção são os profissionais médicos, considerados os mais resistentes.

No entanto, verifica-se uma alteração da relação também entre médicos e usuários. Os representantes dos usuários passam a questionar o poder médico e sua incapacidade de reconhecê-los como atores legítimos para influírem no hospital. Passam a exigir outro tipo de tratamento dos médicos, a politizar a relação com estes profissionais, na medida em que reivindicam para si o direito de dialogar e opinar sobre os serviços. Questionam o poder formal e técnico do médico, ao disputarem abertamente uma condição que não seja de submissão e ao questionarem a autoridade médica para definir todas as questões:

E o grande problema nosso dentro do hospital ainda é o corpo médico. [...] sempre tem que ter muita discussão, porque não é bem isso, porque vão entrar na justiça. É o grupo mais radical que a gente tem contrários a idéias novas. [...] Os outros estão mais abertos. [...]. Lógico que não pode generalizar. Nós temos

médicos, inclusive na administração, que aceitam, brigam para ver se esses vão. Tem alguns médicos que aceitam quando a gente conversa, mas são bem mais radicais (Usuário 5).

Acho que os fóruns ajudam [...] a fazer essa interação. Aí tem um médico lá discutindo no Conselho Gestor [...] uma demanda que o usuário está trazendo, e essa discussão é feita em público, e o Conselho toma uma decisão: “Olha, isso aqui está errado, dá para fazer assim”, isso mostra para o usuário: “Opa, a coisa está melhorando” (Trabalhador 2).

As mudanças nas relações entre os atores ocorrem na medida em que os fóruns legitimaram a capacidade de representantes dos usuários expressarem demandas, reclamações e de apresentarem proposições à instituição hospital. A condição de representante e o direito a participação os colocam em condição diferenciada, o que não significa que essa mudança ocorra para o conjunto dos usuários na instituição, mas que sinaliza uma perspectiva de alterações:

A relação dos usuários com esses que têm poder, do usuário simples, eu acho que é difícil, mas com o Conselho Gestor, acho que é um pouquinho diferente. Talvez, acho, que existe um pouquinho mais de respeito, porque agente tem, digamos assim, tem uma força que às vezes eles não sabem que eles têm (Usuário 4).

[...] o próprio usuário já não é tão paciente assim. Os representantes de usuários vêm aqui com outro poder de fogo, com outra consciência pra cobrar e pra elogiar. [...] Eu acho que o usuário começa a ter uma liberdade de chegar e poder sentar com o diretor e poder dizer. Isso não acontecia! Isso dá uma diferença. Aqui dentro e pra onde ele volta. Isso é um germe, já avançou e tendem a ir se consolidando esses fóruns. [...] Isso não permeou o hospital (Administrador 1).

A política institucional de inclusão do usuário acaba permeando a organização na medida em que se reflete nas práticas cotidianas e nas ações gerenciais. Legitimar o usuário e seus representantes como atores que devem estar envolvidos nas decisões do hospital estabelece novos parâmetros para as relações entre os trabalhadores e os usuários. Como afirma o entrevistado:

Essa relação com os usuários [...], acho que é o ponto forte dessa questão do Conceição. Eu acho que houve uma aproximação da instituição na relação com os usuários. A questão dos trabalhadores em relação aos usuários, eu acho que se pauta mais na questão gerencial [...] depende muito também de qual é o foco das chefias e como que as coisas se processam, trabalhar, ele sabe que trabalhar ele tem que atender bem as pessoas, e tem que se adequar para isso. [...] Como todos sabem que o usuário é considerado agora, então eu acho que é natural, a coisa melhorou como um todo, Essa relação do usuário com a instituição acabou melhorando também a relação dos funcionários ali com o cara que vem no balcão. (Trabalhador 2)

Com o exposto pode-se inferir que a criação de fóruns de participação que incluem os gestores do sistema no hospital não resultou em mudança na relação desses atores com os demais atores organizacionais do hospital. No entanto, houve alteração nas suas relações.

Os fóruns de participação são dispositivos que contribuíram para a aproximação e a mudança na relação entre os administradores e as entidades que representam os demais trabalhadores. A direção passou a escutá-los e ampliaram-se os canais de diálogo. A criação de espaços em que são necessárias negociações contribui para ampliar o poder dos trabalhadores na relação com os administradores. No entanto, os fóruns não são suficientes para alterar as relações assimétricas e hierárquicas entre os trabalhadores e administradores no cotidiano do trabalho na instituição.

Na relação entre médicos e administradores observou-se que houve mudança no sentido de os primeiros diminuírem sua influência nas decisões. Apesar de essa mudança relacionar-se à postura dos administradores e seu menor vínculo com a categoria médica, também foi atribuída aos fóruns de participação. Estes teriam contribuído para restringir o poder dos médicos, aumentando o dos usuários e demais trabalhadores e fortalecendo os administradores.

Os fóruns de participação também contribuíram para alterar a relação dos médicos com os demais trabalhadores e usuários. Nesses espaços são estabelecidas relações mais horizontais, visto que as diferenças de saberes, que sustentam em grande medida as relações de assimetria entre esses atores, se diluem quando todos podem vocalizar seus interesses publicamente. No entanto, não foi percebida influência dos fóruns nas relações cotidianas entre médicos e demais trabalhadores no cotidiano do hospital.

Houve alteração na relação entre os usuários e o conjunto dos atores organizacionais. A mudança foi atribuída à existência dos fóruns de participação no hospital na medida em que estes possibilitaram que os representantes de usuários fizessem demandas, apresentassem propostas e tivessem sua condição de interlocutor legítimo reconhecida. Os dispositivos de participação lhes permitiram apresentar suas demandas e opiniões e questionar os atores com mais poder, médicos, administradores e demais trabalhadores, a partir de um lugar público e mais protegido, ou seja, no qual tais atores são constrangidos a não utilizar esse poder.

Apesar de não atingir a todos e em todos os momentos, a institucionalização da participação dos usuários, a abertura de canais de escuta e o reconhecimento de suas posições através dos fóruns contribuiu sem dúvida para mudar em alguma medida a relação desses atores com os demais, promovendo relações mais horizontais e de menor dominação nas relações cotidianas do hospital.

## 8 CONCLUSÃO

Em primeiro lugar, em resposta à questão sobre o surgimento de mecanismos de participação nos hospitais no Brasil, pôde-se verificar que a participação de atores societários, sociais e de mercado foi uma prática corrente nas instituições hospitalares, em especial as filantrópicas, ao longo da história dessas organizações no país. No entanto, é no contexto atual, de democracia, da construção do SUS e da universalização do direito a saúde, que outros atores passam a disputar espaços de participação. Não são mais apenas as elites políticas e econômicas, ou os trabalhadores contribuintes que participam. A ampliação da participação tem como foco a inserção de atores tradicionalmente excluído dessas organizações – o usuário do serviço. Internamente nos hospitais públicos, trata-se da participação dos trabalhadores de saúde, que reconhecidamente dispõem de menos poder do que médicos e administradores, identificados como os atores mais influentes nessas organizações.

A crise ideológica, financeira e de modelo de atenção no setor saúde brasileiro, identificada desde os anos 70 do século XX, marca o início de um período de eclosão de novas idéias sobre a saúde e o modo de prestá-la. Atores defensores do controle público ou do mercado disputam em torno de propostas sobre a organização do sistema de saúde. Para os primeiros, a regulação precisa ser pública através da organização dos atores coletivos. Portanto a participação defendida incide nos processos de decisão do sistema de saúde e dos serviços. Para os segundos, a regulação deve ocorrer pelo mercado, na medida em que os atores têm possibilidade de saída, ou seja, de escolha dos serviços. A participação proposta incide na consulta e informação, como sempre ocorreu para os usuários em condições de pagar pelos seus atendimentos no país.

Dessa forma, os dispositivos de participação não são resultado desse momento, mas o contexto da mudança do sistema de saúde no Brasil tornou possível as experiências de participação que incluem outros atores nesse serviço. Ou seja, observa-se uma mudança nos atores participantes. E esses dispositivos de participação é que foram aqui analisados no Grupo Hospitalar Conceição.

Em segundo lugar, esta pesquisa buscou responder qual o papel que esses mecanismos de participação desempenham quando institucionalizados nos hospitais. Especificamente, buscou-se identificar quem são os atores com poder e qual o poder dos fóruns na organização.

Quanto ao poder dos atores no fórum, pode-se verificar que a capacidade de eles influenciarem nesses fóruns relaciona-se ao seu formato de mecanismo instituído, que define qual o segmento que tem maioria. Mas observou-se que isso não basta para explicar o poder dos atores nos dispositivos de participação existentes. As formas de funcionamento, a disposição dos atores em estar presente e efetivamente considerar esses fóruns como espaços de decisão sobre as questões do hospital parecem aspectos mais relevantes na explicação dos atores e seu poder no fórum. Ou seja, o poder dos atores nesses mecanismos de participação está relacionado às relações ali estabelecidas e às relações entre eles no contexto da organização hospitalar.

No caso do Conselho Gestor (CG), a pouca frequência de atores não usuários, que não priorizam a participação naquele espaço decisório, possibilita que os usuários tenham maior influência e sejam os atores com mais poder. No Plano de Investimento (PI), os demais trabalhadores são maioria, mas há o reconhecimento de que os administradores são bastante influentes devido às relações de hierarquia na organização. No entanto, percebe-se que o poder nesse espaço é dividido, ou seja, há uma partilha entre os atores participantes. No Conselho de Administração (CA), o poder dos administradores é resultado da forma como funciona o fórum e do fato de os gestores do sistema não usarem aquele espaço para a tomada de decisão, apesar de serem maioria e em geral se fazerem presentes. Os representantes de usuários e trabalhadores que participam desse Conselho estão submetidos às relações assimétricas e, dessa forma, têm poder restringido.

O poder do fórum na instituição é também resultado das relações e de quem são os atores com poder naquele espaço. O poder do CG na instituição consiste em influir nas questões relativas ao atendimento e à organização dos serviços a partir das demandas dos usuários. A participação que resulta é de consulta a esses atores. Quanto ao PI, observou-se que este tem o poder de orientar os investimentos realizados na organização. Há negociação entre os atores que participam do processo de decisão sobre investimentos. O CA é um fórum pouco efetivo nos processos de decisão do hospital, tendo pequeno poder na organização. A participação nele resulta em informações para os atores sobre a organização.

Com o que foi exposto, pôde-se verificar que apenas o PI se constitui num fórum que influi em decisões relevantes sobre a organização, os investimentos. Os demais têm seu poder limitado às questões de atendimento, no caso do CG, e, no caso do CA, a questões administrativas de menor relevância. Portanto, certas decisões são tomadas nos fóruns de participação instituídos, mas percebe-se que os principais processos decisórios ocorrem em

outros espaços. Trata-se de uma questão relevante a ser pesquisada e que não é o objeto desse trabalho.

Por outro lado, acredita-se que a criação e a manutenção desses fóruns justificar-se-ia na medida em que eles respondessem às necessidades dos atores participantes. Mesmo não sendo o lugar de ocorrência das principais decisões do hospital, conforme prevê o objetivo normativo que lhes deram origem, esta pesquisa buscou esclarecer qual o papel que os fóruns de fato desempenham no hospital e que viabilizam sua existência.

O CG tem como papel incluir os usuários na instituição, propiciando-lhes informação sobre o hospital e seu funcionamento. É um espaço para apresentação de demandas e propostas de interesses dos usuários, possibilitando a abertura da agenda da direção para novas questões. É também um canal de informação para o conjunto de atores sobre as temáticas do hospital. Possibilita tornar público o debate em torno de questões polêmicas com a explicitação das posições e interesses dos diversos atores. Aglutina esses atores e com isso possibilita alianças para o enfrentamento das questões em disputa, arregimentando apoios às decisões que ocorrem em outros espaços.

O papel do PI é o de propiciar a negociação de consensos entre os trabalhadores e administradores sobre as prioridades de investimentos, de favorecer a aprendizagem dos atores e que sejam atendidas demandas dos usuários. É principalmente um espaço onde os demais trabalhadores influem nas decisões sobre a infra-estrutura do hospital. Contribui assim para a diminuição das assimetrias entre os demais trabalhadores entre si e com os médicos e administradores. Propicia, ainda, maior transparência no uso do recurso de investimento e controle público do mesmo. Oferece maior legitimidade às decisões dos administradores, ao mesmo tempo fortalece a posição da direção na relação direta com os trabalhadores.

O CA possibilita a reunião dos atores analisados e seu acesso às informações sobre a organização hospitalar. Instrumentaliza os trabalhadores, através das informações, para articularem-se e resistirem a decisões que contrariam seus interesses. Legitima as decisões, já tomadas pela administração, frente aos demais atores, e garante apoio político aos administradores para decisões que ocorrem em outros espaços.

Portanto, pode-se observar que os três mecanismos de participação são dispositivos que fazem parte do processo decisório da organização. Ao terem como papel a construção de alianças e de consensos, escuta dos diferentes interesses, explicitação pública dos conflitos, busca de apoio político dos atores, fazem parte do contexto decisório, mesmo não sendo os espaços em que todas, ou mesmo as principais deliberações ocorram.

Os fóruns de participação também contribuem para alteração do envolvimento dos atores na organização. Os representantes de usuários deixaram de ser exclusivamente pacientes e doentes que precisavam de cuidados, para se transformarem em usuários do sistema de saúde em condições de apresentar propostas e reivindicar melhorias no atendimento organizadamente. Os demais trabalhadores passaram a se envolver com questões organizacionais mais amplas.

Os gestores ampliaram seu envolvimento de forma mais tímida, ao obterem mais informações sobre o funcionamento do hospital. Quanto aos médicos, percebeu-se que houve uma diminuição da sua capacidade de interferir junto à administração. A existência dos fóruns não significou maior participação dos médicos. Ao contrário, eles passaram a dividir com os outros atores a capacidade de influenciar as decisões dos administradores do hospital. Os administradores, por sua vez, aumentaram sua autonomia de decisão frente aos médicos, através das alianças com os demais atores nos espaços participativos aqui analisados.

Mudanças nas relações entre os atores no hospital também se atribuem aos fóruns de participação. Embora não pareçam ter afetado a posição dos gestores do sistema, os dispositivos de participação aproximaram administradores e as entidades que representam os demais trabalhadores. Diminuíram a influência e a capacidade de os médicos incidirem nas decisões, ao restringir o seu poder relativo, aumentando a influência dos usuários e demais trabalhadores, fortalecendo os administradores. Possibilitaram relações mais horizontais nos fóruns entre médicos e trabalhadores, visto que as diferenças de saberes que sustentam, em grande medida, as relações de assimetria entre esses atores se reduzem quando todos podem vocalizar seus interesses publicamente. No entanto, observou-se que os fóruns não são suficientes para alterar decisivamente as relações assimétricas e de hierarquia dos médicos e administradores com os demais trabalhadores no cotidiano do trabalho na instituição.

Os fóruns propiciaram, também, alteração na relação entre usuários e o conjunto dos atores organizacionais. Tanto nos fóruns quanto no dia-a-dia do hospital, observou-se que se estabeleceram relações mais horizontais e de menor dominação. Isso porque permitiram canal de escuta, legitimidade e reconhecimento das posições e demandas dos usuários.

Dessa forma, respondendo às questões desta pesquisa, pôde-se verificar que, no caso estudado, a existência de fóruns de participação contribui para alterar o envolvimento dos atores com o hospital e as relações entre eles. Foi possível perceber que a criação de dispositivos de participação no hospital propiciou aos atores tradicionalmente excluídos e com menores recursos de poder, ou seja, usuários e demais trabalhadores, tanto maior

envolvimento como relações mais horizontais com os demais atores. Ao mesmo tempo que diminuiu a intervenção dos médicos na organização com o fortalecimento da administração em aliança com outros atores.

É importante salientar que, sendo este um estudo pioneiro sobre fóruns coletivos de participação em hospital, a descrição dos fóruns e do papel que eles desenvolvem neste caso específico não tem a pretensão afirmativa e de generalização, sendo fundamental para tal outros estudos com seu foco nessas instituições. Há indícios de que, mesmo não se tratando de mecanismos de participação que deliberem sobre a organização, estes fóruns fazem parte de e contribuem para os processos decisórios. Nesse aspecto, parece relevante que se aprofundem as análises sobre os processos decisórios nos hospitais e a relação dos fóruns participativos com esses processos.

Outro aspecto ainda a ser acentuado é o das indicações de que esses mecanismos de participação alteram o envolvimento dos atores com o hospital em si e as relações entre eles, sinalizando para mudanças nas relações de poder dessa instituição. Contudo é necessário que se aprofundem as análises para que essa indicação possa ser verificada em outras realidades. Parece relevante que se pesquisem as posições diferenciadas dos atores sobre a necessidade de fóruns de participação e a possibilidade de terem poder e influenciar no hospital. As conclusões deste estudo demandam outras pesquisas, pois as expectativas, identidades e estratégias de poder dos atores no hospital parecem aspectos importantes para compreensão das suas posições acerca dos fóruns participativos e da sua ação nesses espaços.

## REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovanni Gurgel. **A Saúde no Brasil, cartografia do público e do privado**. Campinas: Sindmed, São Paulo: Editora Hucitc, 2006.

ALVESSON, Mats. DEETZ, Stanley. Teoria Crítica e abordagens pós-modernas para estudos organizacionais. In: **Handbook de estudos organizacionais: modelos de análises e novas questões em estudos organizacionais**. (Org.º) CLEGG, Stewart. R. HARDY, Cynthia. NORD, Walter R. (Org. da edições brasileira.º) CALDAS, Miguel. FACHIN, Roberto; FISCHER, Tânia. São Paulo: Editora Atlas, 2006, p.226-264.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

ARMANI, Teresa Borgert. **Formação de sanitaristas: cartografias de uma pedagogia da educação em saúde coletiva**. 2006. 200 p. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto alegre, 2006.

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232001000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232001000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 de março de 2007.

BRAGA, José Carlos de Souza; SILVA, Pedro Luiz B. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Org.º). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP/Instituto de Economia, 2001. p. 19-42.

BRASIL, Ministério da Saúde. **História e Evolução dos Hospitais**. Brasília, 1965. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_08.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf). Acessado em: 12 março de 2007.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº. 5.840** de 13 de Julho de 2006.

BRASIL, **Constituição Brasileira**. Brasília: Congresso Nacional, 1988.

BRASIL, **Lei Federal nº 8.080**. Brasília: Congresso Nacional, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL, **Lei Federal nº 8.142**. Brasília: Congresso Nacional, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acessado em: 12 de março de 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS**. Brasília, 2006. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/participasus\\_consulta\\_publica.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/participasus_consulta_publica.pdf). Acesso em: 12 de março de 2007.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: UNESP/UCITEC, 1991.

CAMPOS, Gastão W. de Souza. **Os Médicos e a Política de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. 3ª ed. Porto: Melhoramento, 1998.

CARVALHO, Antônio Ivo. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Editora IBAM/FASE, 1995.

CASTRO, Janice Dornelles. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. . **Sociologias**, Porto Alegre: Programa de Pós Graduação em Sociologia, ano 4, n°7, jan/jun 2002, p.122 – 134.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001, p.113-126.

CLEGG, Stewart. R. HARDY, Cynthia. Introdução: Organização e Estudos Organizacionais. **In: Handbook de estudos organizacionais: modelos de análises e novas questões em estudos organizacionais**.(Org.:) CLEGG, Stewart. R. HARDY, Cynthia. NORD, Walter R. (Org. da edições brasileira:) CALDAS, Miguel. FACHIN, Roberto; FISCHER, Tânia. São Paulo: Atlas, v. 1, 2006, p.29-58.

COHN, Amélia. **Previdência Social e Processo Político no Brasil**. São Paulo: Editora Moderna, 1980.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Participação na Área da Saúde: o conceito suas origens e seu papel em diferentes projetos de reformas do Estado. **Saúde – Revista do NIPESC**, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, vol. 1, p.51-69, 1996.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Construindo a Possibilidade de Participação dos Usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre: Programa de Pós Graduação em Sociologia, ano 4, n°7, p.18 – 48, jan/jun 2002a.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Como fazer análise qualitativa de dados. In: Duilio de Avila Bêni. (Org.). **Técnicas de Pesquisa em Economia**. São Paulo: Saraiva, 2002b, p. 234-270.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Fóruns Participativos e Governança: uma sistematização das contribuições da literatura. In: LUBAMBO, Catia; COELHO, Denilson Bandeira; MELO, Marcus André (Org.). **Desenho Institucional e Participação Política: experiências no**

**Brasil contemporâneo.** Petrópolis: Editora Vozes, 2005. p.13-32.

CORTES, Soraya Maria Vargas, et. al. **Projeto Fortalecimento da gestão hospitalar para o Sistema Único de Saúde (SUS). BRA/LOA/0500072.001.** Porto Alegre: UFRGS, 2006. Relatório de Pesquisa.

COSTA, Nilson Rosário; SILVA, Pedro Luiz Bandeira; RIBEIRO, José Mendes. Inovações organizacionais e de financiamento: experiência a partir do cenário institucional. In: NEGRI, Barja; DI GIOVANNI, Geraldo (Org.). **Brasil: radiografia da saúde.** Campinas: UNICAMP/Instituto de Economia, 2001. p. 291-305.

FEIJÓ, Felipe Barbosa. **A Gestão Participativa no Grupo Hospitalar Conceição: sua contribuição para a qualidade dos serviços de saúde.** Monografia de conclusão do curso de Administração de sistemas e serviços de saúde. Universidade Estadual do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

FERLA, Alcindo Antônio et al. **Descentralização e políticas públicas para DST/AIDS: estudo do sistema de saúde no Estado do Rio de Janeiro.** Caxias do Sul: UCS, 2006. Relatório de Pesquisa.

FERLA, Alcindo Antônio et al. **Fortalecimento da Gestão Hospitalar para o SUS: desenvolvendo um sistema de acompanhamento e monitoramento dos Hospitais próprios do Ministério da Saúde a partir de uma modelagem centrada nas pessoas sob cuidado e na diretriz de participação da população.** Porto Alegre: UFRGS, 2005. Relatório de Pesquisa.

FERLA, Alcindo Antônio. Participação da População: do Controle sobre os Recursos a uma Produção Estética da Clínica e da Gestão em Saúde. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 14, nº 1, p.85 –107, 2004.

FLEURY, Sonia. **Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social.** Rio de Janeiro: Derksys, 1992.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

GADELHA, Carlos Augusto Gabrois. **O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde.** Disponível em: [http://www.opas.org.br/serviço/arquivos/sala\\_5515.doc](http://www.opas.org.br/serviço/arquivos/sala_5515.doc), 2005. Acesso em: 12 de março de 2007.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Portaria de Criação do Conselho Gestor.** Nº 174/04, Porto Alegre, 2004 .

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Plano Operativo 2005.** Porto Alegre: GHC, 2005.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Estatuto social.** Porto Alegre, 2006.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Relatório de Gestão 2005.** Porto Alegre: GHC, 2006.

GUIMARÃES, Cid. Diagnóstico de Situação. **In: Administração de Saúde no Brasil.** (Org.)

GONÇALVES, Ernesto Lima. São Paulo: Pioneira, 1982, p-103-137.

GUIZARDI, Francini Lube et al. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, nº 1, p.15 –39, 2004.

HALL, Peter A. TAYLOR, Rosemary. C. R. As três versões do Neo-Institucionalismo. In: **Lua Nova**, nº 58, 2003. p.193-223.

LUZ, Madel T. **Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia.** Rio de Janeiro: GRAAL, 1979.

MACEDO, Laura Christina. Participação e Controle Social na Área da Saúde: uma revisão bibliográfica. Ribeirão Preto, 2005. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo.

MAGALHAES, Sônia Maria de. Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara: assistência e saúde em Goiás ao longo do século XIX. **História e Ciência da Saúde-Manguinhos.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702004000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 de março de 2007.

MELLO, Carlos Gentile de. **O Sistema de Saúde em Crise.** São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: HUCITC/ABRASCO, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Orgs). **Caminhos do Pensamento: epistemología e método.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC, 2004.

MISOCZKY, Maria Ceci. **O Campo da Atenção à Saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa da sua produção social.** Porto Alegre: Da Casa Editora, 2002.

NICZ, Luiz Fernando. Aspectos Institucionais e Organizacionais. **In: Administração de Saúde no Brasil.** Coord. Ernesto Lima Gonçalves. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1982, p-163-196.

OLABUÉNAGA, Jose Ignacio Ruiz. **Metodología de la Investigación Cualitativa.** 2ª ed. Bilbao, Universidad de Deusto, 1999.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo, TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. **(Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil.** Petrópolis: Vozes/ABRASCO. 1989.

PATTON, M. Q. **Qualitative Evaluation and Research Methods.** 2<sup>nd</sup> Ed. Newbury Park: Sage Publications, 1990.

PEREIRA, Carlos. A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira - 1985-1989. **Dados**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 1996. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S001152581996000300006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001152581996000300006&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 12 de março de 2007.

PESSOA, Luisa Pessoa. **Megulho em Montes Claros: Desafios da Alocação de Recursos na Rede SUS**. Tese de Doutorado, ENSP/FIOCRUZ, 2005.

PIOLA, Sergio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães. **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 1995. p. 209-226.

REED, Michael. Teorização Organizacional: um campo historicamente contestado. **In: Handbook de estudos organizacionais: modelos de análises e novas questões em estudos organizacionais**. (Org.:) CLEGG, Stewart. R. HARDY, Cynthia. NORD, Walter R. (Org. da edições brasileira:) CALDAS, Miguel. FACHIN, Roberto; FISCHER, Tânia. Editora Atlas, São Paulo, v. 1, 2006, p.61-97.

REGO, Sérgio de Almeida. A medicalização do hospital no Brasil: notas de estudo. **In: Revista Médica de Minas Gerais**;3(1):54-7, jan.-mar. 1993.

REZENDE, Ana Lúcia Magela. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989.

RIBEIRO, Herval Pina. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1983.

RIBEIRO, Luis. **Plano de Investimento do Grupo Hospitalar Conceição: democratização da gestão e transparência**. Porto Alegre: GHC, 2005.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual de Saúde. **Mandato de Segurança da Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: SES, 2001.

SANGLARD, Gisele; COSTA, Renato da Gama-Rosa. Direções e traçados da assistência hospitalar no Rio de Janeiro (1923-31). **História e Ciência da Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702004000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 de março de 2007.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

TESTA, Mario. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

VIANNA, Cid Manso. Estrutura do Sistema de Saúde: do complexo médico industrial ao financeiro. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, volume 12, número 2, p.45- 63, 2002.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso:** planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.