

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

**CÍNTIA PEREIRA FERREIRA**

**COLEGIADO DE GESTÃO E CONTROLE SOCIAL: UM DIÁLOGO POSSÍVEL?**

**VITÓRIA**

**2014**

CÍNTIA PEREIRA FERREIRA

**COLEGIADO DE GESTÃO E CONTROLE SOCIAL: UM DIÁLOGO POSSÍVEL?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Carlota de Rezende Coelho.

**VITÓRIA**

**2014**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

---

Ferreira, Cíntia Pereira, 1984-

F383c Colegiado de gestão e controle social : um diálogo possível? / Cíntia Pereira Ferreira. – 2014.  
98 f.

Orientadora: Maria Carlota de Rezende Coelho.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Administração hospitalar. 2. Controle social. 3. Assistência à saúde.  
I. Coelho, Maria Carlota de Rezende. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

---

CÍNTIA PEREIRA FERREIRA

**COLEGIADO DE GESTÃO E CONTROLE SOCIAL: UM DIÁLOGO POSSÍVEL?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Carlota de Rezende Coelho  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Raquel de Matos Lopes Gentili  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leila Massaroni  
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Dedico esta dissertação,

Aos meus pais, Izequias Ferreira e Tânia M<sup>a</sup> Pereira Ferreira que foram os ponteiros do relógio da minha vida, em especial da vida acadêmica, pois mesmo em meio tantas lutas e dificuldades nunca mediram esforços para que eu buscasse o meu lugar ao sol.

## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação foi construída com grande esforço pessoal, mas ela não é só minha, é o resultado das contribuições de autores que li, dos professores, colegas e amigos com os quais partilhei idéias, incertezas, conversas, comentários, sugestões, discussões, orientações. O resultado aqui escrito é de responsabilidade coletiva e compartilhada, especialmente daqueles que participaram e viveram intensamente esta construção, me ajudando intelectual e emocionalmente, aos quais quero agradecer de coração:

Ao Senhor Deus por me sustentar nos momentos difíceis, por me dar forças para superar as dificuldades, e me mostrar quais os caminhos que deveriam ser seguidos nas horas incertas.

A minha professora, orientadora e amiga M<sup>a</sup> Carlota de Rezende Coelho que foi fantástica em todos os momentos dessa construção, a cada telefonema, a cada pedido de atenção e concentração, cada mensagem, sugestão e motivação, tudo ficará guardado na história da minha vida, e sei que vou levar comigo esses momentos e orientações para sempre.

A minha família que mesmo nas ausências e momentos estressantes sempre me estimulou, e compreenderam meus momentos de ansiedade e medos, amo tanto vocês mãe, pai, irmã, avós, tios, tias, primos... Essa dissertação é muito mais que tinta e papel, é uma conquista familiar.

Ao meu futuro esposo Tiago, que mesmo depois de viajar horas para vir me ver, e me encontrava em meio a livros, teses, artigos e rabiscos, sempre tinha uma palavra de incentivo e motivação, foi paciente e perseverante mesmo quando eu estava cansada e angustiada, e sempre me presenteou com sorrisos, carinhos e compreensão.

Aos amigos e amigas, que a vida me presenteou e que torceram e oraram pela minha sobrevivência e vitória. A todos, resta dizer: Eu consegui. Muito Obrigada!

*“A maior necessidade do mundo é a de homens, homens que não se compram e nem se vendam; homens que no íntimo da alma sejam verdadeiros e honestos; homens que não temam chamar o erro pelo seu nome; homem, cuja consciência seja tão fiel ao dever como a bússola o é ao pólo; homens que permaneçam firmes pelo que é reto, ainda que aconteça tudo errado.”*

*Pois...*

*“A posição não dá santidade de caráter. É por honrar a Deus e observar seus mandamentos que o homem se torna verdadeiramente grande.”*

**Ellen G. White**

## RESUMO

A presente dissertação tem por objeto a análise do modelo de gestão da assistência à saúde no Hospital Estadual Doutor Dório Silva, a partir da inter-relação dos representantes da comunidade – Conselho Gestor, com o Colegiado de Gestão que é formado por servidores do hospital. Entende-se que, no contexto hospitalar, há enfrentamentos divergentes entre os representantes da sociedade civil e os gestores públicos. Para tal constatação, a pesquisa foi iniciada com a revisão de literatura sobre os fundamentos da gestão do Sistema Único de Saúde e do conceito de controle social no âmbito da política de saúde. Os objetivos foram: 1) relatar a experiência e a evolução do controle social na gestão do hospital; 2) apontar as transformações no modelo de gestão do hospital e; 3) discutir as contribuições do conselho gestor nas transformações do modelo de gestão do hospital. O instrumento utilizado foi a pesquisa qualitativa com aporte na abordagem dialética através da história oral, com o sentido de avaliar a concepção dos gestores e representantes da comunidade acerca dos processos de gestão e de assistência, considerando as atuais diretrizes organizacionais hospitalares e as políticas de gestão em saúde. Ao final, a análise dos dados contribuiu para a apresentação de um ensaio sobre o conceito e a vivência do processo de gestão compartilhada, por acreditar no seu potencial de reorientar a operacionalidade das diretrizes do atendimento no espaço do hospital, tendo em vista uma administração qualificada e centrada nas necessidades e demandas da população-usuária.

**Palavras Chave:** Gestão Hospitalar. Controle Social. Gestão Compartilhada. Conselho Gestor.

## **ABSTRACT**

This thesis aims at the analysis of health care management model at the State Hospital Doctor Dorian Silva, from the interrelationship of community representatives - Management Council, with the Management Board which is made up of hospital servers. It is understood that, in the hospital, there are differing clashes between representatives of civil society and public managers. For such a finding, the research began with a literature review on the fundamentals of management of the Unified Health System and the concept of social control in health policy. The objectives were to: 1) report the experience and the evolution of social control in hospital management; 2) point out the changes in hospital management model and; 3) discuss the contributions of the council manager in the transformation of the hospital management model. The instrument used was qualitative research with investments in dialectical approach through oral history, with the view to assessing the design of the managers and community representatives about the management and care processes, considering the current hospital organizational guidelines and management policies health. Finally, the analysis of data contributed to the submission of an essay on the concept and the experience of shared management process, believing in its potential to redirect the operational guidelines of care in the hospital space, with a view to qualified administration and focused on the needs and demands of the population-user.

**Keywords:** Hospital Management. Social control. Shared Management. Management Council.

## LISTA DE SIGLAS

CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CIVIT	Centro Industrial Metropolitano de Vitória
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ES	Espírito Santo
FAMS	Federação das Associações de Moradores
HDDS	Hospital Estadual Doutor Dório Silva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESP	Instituto Estadual de Saúde Pública
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LAPA	Laboratório de Planejamento
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PT	Partido dos Trabalhadores
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUPPIN	Superintendência de Projetos de Polarização Industrial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICAMP	Universidade de Campinas

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>REDEMOCRATIZAÇÃO DO ESTADO E DIREITO À SAÚDE .....</b>	<b>20</b>
3.1	O QUE É GESTÃO? .....	20
3.2	UM PANORAMA NA GESTÃO EM SAÚDE .....	26
3.3	ESCOLHAS GERENCIAIS DO ESPÍRITO SANTO .....	27
3.4	ACORDO DE RESULTADOS: UMA MODALIDADE DE GESTÃO .....	34
<b>4</b>	<b>O CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE .....</b>	<b>37</b>
4.1	A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE CONTROLE SOCIAL .....	37
4.2	A PARTICIPAÇÃO POPULAR E OS CONSELHOS DE SAÚDE .....	41
4.3	O CONTEXTO POLÍTICO E SOCIAL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO .....	43
4.4	O MUNICÍPIO DE SERRA E SUAS TRANSFORMAÇÕES.....	47
4.5	OS CONSELHOS MUNICIPAIS E O CONSELHO GESTOR HOSPITALAR.....	50
<b>5</b>	<b>ATRIBUTOS OU HABILIDADES NA GESTÃO EM SAÚDE .....</b>	<b>56</b>
5.1	QUEM SÃO OS DEPOENTES?.....	56
5.2	POR QUE SER UM CONSELHEIRO SOCIAL?.....	58
5.3	O CONTROLE SOCIAL E SEU DIÁLOGO NA GESTÃO .....	63
5.4	GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS E REFLEXÕES.....	67
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>75</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>84</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO (TCLE) .....</b>	<b>85</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>86</b>
	<b>ANEXO A – LEI QUE APROVA A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL BÁSICA DO HOSPITAL ESTADUAL DR. DÓRIO SILVA .....</b>	<b>87</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação traz como objeto de estudo o modelo de gestão do Hospital Estadual Doutor Dório Silva (HDDS), a partir da inter-relação dos representantes da sociedade civil organizada – Conselho Gestor –, com os servidores públicos que compõem o Colegiado de Gestão deste hospital. Embora os momentos vivenciados no Brasil sejam de ajustamentos mudanças e buscas por abordagens eficientes, no âmbito da saúde, se tornaram essenciais para a sociedade, já que promovem melhorias para a organização administrativa, auxiliam no controle de resultados, pois visam ampliar e melhorar a gestão da assistência à saúde no espaço hospitalar.

Nessa perspectiva, o Governo do Estado do Espírito Santo, na década de 90, assumiu a proposta de descentralizar a gestão dos treze hospitais públicos sob sua responsabilidade, promovendo a sua reorganização administrativa, possibilitando autonomia gradual de gestão e mantendo o controle sobre os resultados, através de um contrato de gestão denominado “Acordo de Resultados”<sup>1</sup>.

Partindo do princípio de que a alavanca principal que faz mover as políticas de saúde, são as necessidades dos usuários e a forma com que o serviço é idealizado e executado, o principal e indispensável, neste contexto, é responder as demandas com o diferencial não apenas de representação política, mas que haja criatividade e inovação na busca pela eficiência. Portanto, se discute sobre as necessidades do papel das pessoas dentro das instituições, destacando a função daqueles responsáveis pela gestão, os quais devem ser capazes de ver o que para muitos é imperceptível.

A movimentação política pela democratização do Brasil, ocorrida em pleno regime ditatorial nas décadas de 1970 e 1980, trazia fortemente o sentido da reorientação do Estado Brasileiro, sobretudo na retomada de direitos sociais e na reivindicação da democratização das instituições e do poder público, assim instituições e pessoas exigiram que o gestor em saúde adotasse modelos versáteis e colaborativos. (BRESSER-PEREIRA, 2002).

---

<sup>1</sup> O Acordo de Resultados foi instituído pela Lei n.º 5.341/96 como um instrumento de gestão dos hospitais públicos vinculados a Secretaria Estadual do Estado do Espírito Santo.

Dessa forma, a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que foi atualizada em 27 de julho de 1993 através da Lei nº 8.689, com a finalidade de ampliar a atuação da sociedade civil, fortalecendo a democracia e garantindo o poder de influência da sociedade civil em todas as esferas de decisão do setor saúde (BERTOLOZZI; GREGO, 1996).

Ainda que as regulamentações federais construíssem as pontes para se conduzir ao modelo de gestão adequado, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do Governo do Estado do Espírito Santo (ES) e, os treze hospitais públicos da rede estadual foram convocados a formularem e implantarem um contrato de gestão, denominado “Acordo de Resultados”. Para efetivação deste acordo, na atual conjuntura do serviço público no Brasil, foi necessária a reorganização administrativa dos hospitais e a proposição de um novo modelo gerencial que desloca a ênfase do controle do processo para o controle de resultados, mediante acompanhamento através de indicadores de desempenho.

Para se consolidar um modelo de gestão, no ambiente hospitalar, Celestino (2002) faz uma colocação com relação ao hospital e a inovação social para a promoção dos serviços;

Os hospitais estão entre os organismos mais complexos de serem administrados. Neles estão reunidos vários serviços e situações simultâneas: hospital é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com o consumidor. De certa forma, é natural que todos esses organismos fossem, cada vez mais, regidos por leis, normas, regulamentações e portarias, vindas de diversos órgãos e instituições – um arcabouço legal cada vez mais dinâmico e variado (CELESTINO, 2002, p. 1).

Portanto, para que ocorra uma gestão eficiente, é necessário que o gestor conheça profundamente a organização em que atua, assim como o ambiente em que opera, e a participação popular, neste contexto através do conselho gestor, é o mecanismo que potencializa os instrumentos gerenciais a fim de prover informações estratégicas, bem como criar e desenvolver vantagens aos serviços de saúde em atenção à sociedade de modo sustentável.

As contribuições desta pesquisa apontam para novos conhecimentos na área do controle social e da gestão pública, uma vez que estes atores versam sobre um mesmo alicerce, que é a manutenção, com qualidade e equidade de um bem público sobre o controle da própria sociedade. Outra contribuição desta temática é a visibilidade para o serviço, visto que este assunto é de grande relevância e possui um número reduzido de análises que fundamentam a prática do controle social na gestão dos processos relacionados à saúde.

Frente ao cenário apresentado, foram traçados como objetivos desta investigação:

- Relatar a experiência e a evolução do controle social na gestão do Hospital Estadual Doutor Dório Silva;
- Apontar as transformações no modelo de gestão do Hospital Estadual Doutor Dório Silva;
- Discutir as contribuições do conselho gestor nas transformações do modelo de gestão do Hospital Estadual Doutor Dório Silva.

## 2 PERCURSO METODOLÓGICO

Grande parte das pesquisas sociais no que tange a área da saúde visa à solução de problemas relacionados às práticas cotidianas da assistência. A necessidade de compreender esses problemas na perspectiva daqueles que os vivenciam tem propiciado o uso da história oral nessa área de conhecimento.

Trabalhar com história oral exige sensibilidade, respeito e ética considerando que estamos lidando com relatos de seres humanos. Vale também ressaltar, que o momento da entrevista, além de se constituir em uma experiência muito significativa, representa um espaço para a elaboração e manifestação da memória, não apenas como preservação de informações, mas como um processo constante de atribuição de significados, não para o passado, mas a para o presente (ALMEIDA, 2005).

Quem conta uma história, faz necessariamente apelo a sua memória e a trabalha para dar inteligibilidade à experiência e para ressignificar o vivido, conferindo-lhe uma trajetória que constrói, organiza e justifica seu ponto de vista. Ao relatar sua história, o narrador concentra parte dos fatos e eventos que a constituíram de acordo com a situação e com as relações que ocorrem durante a própria narrativa. No entanto, nem sempre tal processo é consciente, ele contém continuamente dimensões que escapam ao próprio narrador (MEIHY, 2005).

A memória é processual e situada, ela vai construindo-se e desenhando sentidos na relação que estabelece entre experiência passada, presente e projeção de futuro e, igualmente, com a subjetividade daquele que escuta, num processo dialético entre a subjetividade do ouvinte e a do narrador.

Nesse sentido, Meihy (2005, p.3) nos convida à reflexão na epígrafe do seu livro autobiográfico *Viver para contar*, na qual escreve que “A vida não é o que a gente viveu, e sim o que a gente recorda e como recorda para contá-la”. Para tornar a realidade inteligível, portanto, as pessoas necessitam organizá-la por meio de narrações que estão em permanente movimento de intercâmbio e em conexão com outras histórias.

Portanto a proposta teórico-metodológica adotada nesta investigação segue os padrões clássicos utilizados para produção do conhecimento científico no campo da história oral, que consiste na observação sistemática da sucessão de fatos da realidade, resultando na explicação do fenômeno, já que parte do particular para o geral, pois visa ampliar os conhecimentos nos processos de gestão em saúde, procurando identificar e explicar o momento contemporâneo, de modo a produzir novos conhecimentos através de uma pesquisa no campo da história oral.

Meihsy (2005) categoriza a história oral em três tipos principais: história oral de vida, história oral temática e tradição oral. Os dois últimos gêneros, modo geral, referem-se, respectivamente, a um estudo que pretende compreender uma temática específica, definida como foco central, e a um estudo muito próximo da etnografia, que busca detalhar o cotidiano de um grupo, os seus mitos, rituais e visão de mundo, dando ênfase à história e a práticas sociais de comunidades específicas e a sua cadeia de transmissão. “A história oral de vida, por sua vez, trata-se da narrativa da experiência de vida de uma pessoa” (MEIHSY, 2005, p.147).

Frente às três principais categorias da história oral, tem-se a intenção de através da história oral temática reconstruir o passado para compreender o presente, e pensar uma perspectiva do futuro, contribuindo para dar subsídios aos gestores de serviços de saúde uma ferramenta de gestão, a importância da participação do controle social na gestão em saúde. Além da reconstituição de fatos históricos e de suas interpretações, ou seja, tal metodologia se aplica para reconstituir fatos, para conhecimento, e tomada de decisão, bem como planejamento (MEIHSY, 2005).

Portanto o presente estudo visa ampliar os conhecimentos nos processos de gestão em saúde, procurando identificar os diálogos e os enfrentamentos desses atores da saúde. De modo a produzir novos conhecimentos através de uma pesquisa aplicada, de caráter qualitativo, descritivo-explicativo.

Como afirma Bosi (1987), a memória pessoal é também social, familiar e grupal; através das falas, resgata-se um tempo, uma cidade, desejos e esperanças. Na história oral encontra-se uma forma de aproximar as lembranças e as recordações dos envolvidos com o tema. A memória é a representação do passado a partir do

hoje, trata-se de um passado reconstruído socialmente, pois a memória individual é perpassada pela coletiva.

Trabalhar com a história oral requer um estudo sobre o depoente, fazendo-se necessário, nesta pesquisa, um prévio conhecimento dos atores para um melhor andamento da pesquisa. Além disso, foi importante estabelecer uma relação de confiança durante a coleta dos depoimentos entre ambas as partes, para que o depoente ficasse mais à vontade em relatar suas experiências.

É importante o entrevistador estar atento para não influenciar o narrador. Tourtier-Bonazzi (1996, p. 234), afirma que:

É indispensável criar uma relação de confiança entre informante e entrevistador. Disso depende o sucesso. Essa necessidade de estabelecer certos vínculos explica por que alguns entrevistadores preferem interrogar as testemunhas individualmente, tornando mais fácil a intimidade através de um diálogo.

As fontes prioritárias da pesquisa foram os depoimentos colhidos dos membros do Conselho Gestor, vigente ao período da pesquisa, e alguns membros do Colegiado de Gerentes do HDDS/SESA, com o objetivo de analisar a colaboração social junto ao processo de gestão, bem como considerar o processo histórico envolvido na escolha do modelo de gerenciamento avaliando os impactos para os usuários e para os gestores. Foram também utilizados registros em atas e documentos disponibilizados pela SESA, pelos gerentes do HDDS e pelos conselheiros.

As transformações ocorridas recentemente nas ciências humanas e nos interesses humanitários das Ciências da Saúde, principalmente os debates promovidos pela multidisciplinaridade sugerem que abordagens como usos da documentação oral sejam colocados como prioritários para o estabelecimento do saber acadêmico atualizado. Este estudo pretende reforçar a discussão sobre as possibilidades da utilização da História Oral Temática como método qualitativo aplicável às Ciências da Saúde (MEIHY; HOLANDA, 2007).

[...] a história oral pode dar grande contribuição para o resgate da memória nacional, mostrando-se um método bastante promissor para a realização de pesquisa em diferentes áreas. É preciso preservar a memória física e espacial, como também descobrir e valorizar a memória do homem. A

memória de um pode ser a memória de muitos, possibilitando a evidência dos fatos coletivos (THOMPSON, pg.72, 1992).

Como cada ser histórico singulariza a sociedade e sua compreensão se apropria do mundo ao seu redor. Ao tornar pública a percepção do universo inserido e estudado, os membros do conselho gestor e os gerentes do HDDS contribuíram para a construção harmônica e eficiente da temática. Portanto, pode-se afirmar que através da utilização da História Oral Temática foi alcançado o objetivo de romper os preconceitos existentes quanto à renovação metodológica e ao uso da fonte oral como ciência analítica. E para a aproximação com a verdade foram valorizados os diferentes olhares sobre o mesmo objeto e as fontes orais foram trianguladas com as fontes documentais e as fontes secundárias, uma vez que tal critério estabelece confiabilidade quando se utiliza a fala dos depoentes, as Atas das reuniões e os documentos de registro do hospital.

As fontes primárias escritas utilizadas nesta dissertação foram documentos disponíveis nos endereços eletrônicos federais, estaduais e municipais, que trataram sobre a temática analisada – gestão em saúde estadual e municipal, bem como as diretrizes de sua estruturação. Alguns Regulamentos, Regimentos e Protocolos Institucionais, bem como a utilização de registros em livros e Atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Gestor, e do Colegiado de Gerentes. A utilização desse tipo de fonte escrita é importante para ampliar as informações sobre as características e necessidades; enfrentamentos e conquistas, tanto para servidores quanto para usuários. Ademais, as fontes prioritárias foram estas, são os depoimentos dos conselheiros e gerentes.

Atendendo os pressupostos éticos da pesquisa os depoimentos foram gravados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE **(APÊNDICE A)**. Ainda como fonte primária utilizou-se arquivos oficiais **(ANEXO A)** sobre o caráter do modelo de gerenciamento adotado, sendo que estes foram conseguidos através de uma busca desafiadora nos arquivos-mortos da SESA, devido muitos destes não estarem digitalizados e alocados em locais de difícil acesso e péssimo condicionamento, inviabilizando o acesso as fontes históricas devido às dificuldades e carências na manutenção e preservação da memória de nossa evolução enquanto serviços públicos de saúde e de interesse local e nacional

da população. Estas são os desafios daqueles que se aventuram nas pesquisas na área de história, em geral e história social, em particular.

As contribuições dos entrevistados na construção das fontes orais foram determinantes para o alcance dos objetivos da pesquisa. Três questões foram importantes para a estruturação do diálogo com os depoentes: a primeira é que a pesquisadora é servidora da instituição analisada e ocupa, no período da pesquisa, o cargo de gestora de uma unidade de trabalho; frente a isto o acesso aos depoentes tornou-se facilitado; outra importante observação a ser feita é a escolha da abordagem das informações, de modo claro e objetivo que constam no TCLE; e a outra foi que os depoentes já conheciam o projeto de pesquisa, uma vez que, na reunião do Colegiado de Gerentes, em 03 de outubro de 2013, foi apresentado aos membros o interesse da análise, e posteriormente ao Conselho Gestor.

A busca por material teórico iniciou-se no primeiro semestre de ano de 2014, o hospital apresenta quinze trabalhadores que ocupam o cargo de gerentes de núcleos de trabalho no hospital, destes sete concordaram em colaborar com a pesquisa e prestaram seus depoimentos. Dos onze conselheiros do Conselho Gestor do HDDS<sup>2</sup>, três se disponibilizaram a dar seus depoimentos. A forma de identificação para as entrevistas foi à escolha das letras (G) para identificar os Gerentes e (C) para o Conselho Gestor, e a numeração (1, 2, 3...) seguiu a ordem temporal da coleta dos depoimentos. Saliento que os conselheiros e gerentes que estavam de férias ou afastados das atividades por licenças durante o período da coleta de dados, ou que se recusaram a participar foram excluídos.

O depoimento oral prioriza o envolvimento do depoente no tema em questão e, na medida em que o depoimento é gravado e transcrito, seu registro é considerado documento, pois representa uma versão do passado (ALBERTI, 2005).

---

<sup>2</sup> O Conselho Gestor delibera sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde, bem como avalia a gestão do SUS e emite parecer sobre o cumprimento da aplicação dos recursos mínimos constitucionalmente estabelecidos. A Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. O do HDDS possui um Regimento Interno que descreve os objetivos, a natureza, a constituição, as atribuições, o funcionamento, dentre outros. A comissão fiscal do Conselho Gestor analisa e forma detalhada os relatórios dos setores que envolvem planejamento e prestam serviços aos usuários, participam das reuniões do colegiado de gerentes de forma equânime e consultiva.

Atendendo a esta prerrogativa, os depoimentos foram gravados, transcritos e arquivados pela pesquisadora, enviados para o endereço eletrônico dos depoentes e, somente após a concordância dos mesmos sobre o teor da transcrição realizada, foram utilizados como fontes primárias de pesquisa. Com o objetivo de manter o sigilo sobre a identidade dos participantes, os depoimentos foram identificados por letras que representam o vínculo, seguido de um número que indica a sequência, em ordem crescente, das entrevistas realizadas. Após a transcrição e liberação dos depoimentos, os conteúdos foram detalhadamente estudados e analisados os fragmentos, que emergiram das falas, e que tem relação direta com o objeto, portanto os dados adquiridos serão guardados por cinco anos.

Atentando ainda para a exigência da abordagem dialética, foram considerados tanto os depoimentos convergentes, como os divergentes sobre questões pertinentes ao objeto do estudo. A análise das contradições e coincidências, partindo do empírico para o teórico e vice-versa, entre o concreto e o abstrato e entre o particular e o geral possibilitou retratar de maneira mais aproximada possível, a compreensão dos entrevistados sobre o objeto, buscando nas partes a compreensão da totalidade. Partindo do concreto pensado, a pesquisa possibilitou construir uma versão aproximada, tanto quanto possível, de uma realidade provisória e em construção (COELHO, 2011).

A análise das falas foi realizada a partir de uma abordagem dialética. Traduzida como a arte do diálogo na Grécia antiga, na acepção moderna a dialética tem outro significado descrito por Konder (1981, p. 48) como “O modo de pensarmos as contradições da realidade, o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação”.

Dessa forma os depoimentos foram analisados em conexão com o contexto histórico social em que se inserem, pois segundo Minayo (1994, p. 77) “A ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta.”

Quanto aos procedimentos éticos os participantes receberam todas as explicações necessárias, foram convidados a participar e mediante o aceite, assinaram o TCLE. O estudo foi submetido à Plataforma Brasil, nº CAAE: 23975914.5.0000.5065, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

Para tanto, esta pesquisa, constituiu-se num estudo qualitativo descritivo-exploratório desenhado através da história oral temática colhida dos atores correlacionados à temática do colegiado de gestão e do controle social, e foi construída em três capítulos.

No primeiro capítulo, será apresentado um panorama histórico dos conceitos de gestão e de assistência à saúde para cuidado em saúde, bem como as peculiaridades do Estado do Espírito Santo quanto às escolhas gerenciais, a busca pelo aprimoramento gerencial no ímpeto de se consolidar um acordo de resultados para a rede hospitalar gerida pelo governo estadual.

O segundo capítulo tratará dos meandros do controle social na política de saúde, desde a formulação deste conceito, a participação popular nos conselhos de saúde. Serão elencados tais conceitos voltados para o Estado do Espírito Santo estreitando-se até o município de Serra, onde está localizado o hospital em análise, bem como as transformações, problematizações e a estrutura do conselho gestor, tendo em vista identificar elementos que favoreçam uma real aproximação entre o gerir e o cuidar no espaço hospitalar.

Essas problematizações serão desenvolvidas no terceiro capítulo, correspondente à caracterização dos gestores e conselheiros, e suas percepções quanto à motivação e atuação no processo de gestão hospitalar. Serão apresentados fragmentos das falas mais significativas à elaboração da análise teórica que, por sua vez, subsidiará a identificação dos desafios quanto à gestão.

### 3 REDEMOCRATIZAÇÃO DO ESTADO E DIREITO À SAÚDE

Este capítulo apresenta um panorama histórico dos conceitos de gestão e de assistência à saúde para cuidado em saúde, a luz de importantes teóricos contemporâneos, tendo em vista a construção de um conceito – gestão da assistência – concebido como modo tecnológico de intervenção em saúde (PAIM, 2003). Bem como as peculiaridades do Estado do Espírito Santo quanto às escolhas gerenciais, a busca pelo aprimoramento gerencial no ímpeto de se consolidar um acordo de resultados para a rede hospitalar gerida pelo governo estadual, apresentado sob a ótica do empoderamento político cuja capacidade visa aproximar o modelo de gestão e cuidado no HDDS, a fim de colaborar para qualificação da gestão compartilhada de modo a contemplar as necessidades dos usuários, respeitando seus direitos à cidadania.

#### 3.1 O QUE É GESTÃO?

No Brasil, o termo gestão passou a ser adotado como qualificativo de formas participativas em administração: cogestão e autogestão, o que também ocorreu no âmbito da saúde, uma vez que, no mesmo período, seu conceito sofreu um redimensionamento, passando a exigir novas requisições político-administrativas.

Gerenciar um país com dimensões continentais requer mais que habilidade estratégica, exige a construção de modelos gerais e individualizados para o âmbito da saúde e assistência, uma vez que o cenário brasileiro caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio-econômicas e de necessidades singulares no contexto da saúde da população entre as regiões agrava-se pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com um sistema unificado e integrado de âmbito nacional com uma complexa inter-relação entre acesso, qualidade e custo para garantir o acesso aos direitos sociais de saúde.

Oliveira (2001), ao analisar estas novas requisições, afirma, porém, que as mesmas imprimem sim uma distinção conceitual entre gestão e administração, principalmente no que se refere à natureza de seus objetos:

Os objetos de trabalho da administração são os recursos; suas funções são: conseguir que o conjunto de recursos necessários para realizar uma atividade se encontrem presentes no lugar e no momento em que ela vai se desenvolver e dispor do produto resultante disso, já a gestão é entendida aqui a partir da leitura de vários autores que vêm trabalhando este tema, como um espaço de poder que se destina a coordenar e dar direcionalidade às ações e projetos de uma organização, com o objetivo de obter um resultado que se aproxime da missão definida para ela (OLIVEIRA, 2001, p. 61).

Dessa forma, embora a gestão implique administrar recursos materiais e financeiros, seu caráter diferencial diz respeito à problemática do poder, isto é, colocar o projeto institucional em pauta e manejar os conflitos emergidos entre os diferentes atores envolvidos nesse processo.

Mehry (1999), em sua reflexão sobre o ato de governar estabelecimentos de saúde, afirma que historicamente, já no início do século XX, surgiam as primeiras preocupações do campo da economia e administração com a área da saúde, devido ao advento da saúde pública.

A construção da saúde pública, no século XX, foi marcada pela crescente presença da articulação entre saberes que se debruça sobre o “fenômeno coletivo” da saúde e da doença e aqueles que se orientam para o terreno da organização e administração das ações de saúde. Ganharam notoriedade, no começo do século, as “escolas clássicas” que foram adotadas como paradigmas para pensar a administração pública. O fayolismo<sup>3</sup> permitiu construir um discurso sobre a cientificidade da ação administrativa na organização dos serviços de saúde, enquanto o taylorismo<sup>4</sup> animou quem mais visava à construção das práticas sanitárias (MEHRY, 1999, p. 306).

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a

---

<sup>3</sup> Henry Fayol foi o idealizador da Teoria Clássica da Administração, caracterizada pela ênfase na estrutura organizacional e pela busca da máxima eficiência. Para tanto, definiu as cinco funções administrativas indispensáveis ao bom funcionamento organizacional, a saber: planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar.

<sup>4</sup> Frederick Taylor, por sua vez, foi o responsável pela Teoria da Administração Científica ou gerência científica, a qual previa a racionalização do processo de produção, por meio da parcialização do trabalho em tarefas, cabendo ao gerente planejá-las e ao operário executá-las.

partir da oferta tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

A Saúde Pública nas Américas é uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que envolveu todas as suas unidades técnicas e as representações da organização nos países, na segunda metade da década de noventa. O seu desenvolvimento fundamenta-se na importância de fortalecer as funções essenciais que competem ao Estado democrático na perspectiva de melhorar a prática de saúde pública e construir instrumentos capazes de avaliar a atual situação, identificando áreas críticas que precisam ser fortalecidas e reforçar a liderança das autoridades sanitárias em relação ao sistema de saúde.

O contexto internacional a década de 1990, está intrinsecamente ligado às reformas no âmbito da saúde, a construção dos diferentes sistemas de saúde e ao seu financiamento no âmbito da democratização da sociedade brasileira. Nessa década, as reformas emergem numa agenda única, e ao longo do processo surgem diversos questionamentos quanto ao caráter do Estado e das instituições, bem como dos servidores da máquina pública.

Em 1986 quando o MS e a Sociedade Civil Organizada – usuários, profissionais de saúde e intelectuais do Movimento Sanitário – organizaram a 8ª CNS, com o objetivo de que as propostas discutidas e votadas na plenária final da conferência fizessem parte do texto constitucional brasileiro, tal conjuntura ainda se colocava em um horizonte distante frente à realidade sanitária nacional (BRASIL, 2007).

A garantia que todo cidadão deve ter direito à saúde veio em 1988 através da Constituição Federal, mas, no texto jurídico, a idéia estava apenas começava a ganhar corpo. A aposta em um sistema único para a assistência á saúde fora organizada de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização com direção única em cada esfera de governo; participação da sociedade, e, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

E, como resultado desse movimento, a Constituição de 1988 assume que a saúde está vinculada à questão social, dando as bases para a construção do SUS. Desse modo, o que merece ser destacado é a nova configuração do Estado perante a saúde, não mais como mero regulador, mas como Estado provedor, o que implica uma nova agenda administrativa.

Assim, à clássica exigência da figura de “representante do interesse público”, tal como emergiu nos anos 30-40, o agente do Estado e suas políticas, caracterizando o administrador público, somou-se à figura do profissional que, técnico em organizar a produção – o gerente, deve otimizar a produtividade, manejar os problemas e os conflitos cotidianos, para a produção de serviços assistenciais oferecidos ao consumo individual e de mercado, envolvendo todas as questões da eficácia/eficiência empresarial, ainda que empreendimento (“empresa”) estatal (SCRAIBER et al., 1999, p. 224)

A Constituição de 1988, as Leis nº 8080/90 e 8142/90 e seus decretos regulamentadores, bem como as Leis Orgânicas da Saúde, foram delineando e apontando para a criação do SUS, que objetivava alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibida a cobrança de dinheiro por serviços de saúde emergenciais e especializados sob qualquer pretexto (BRASIL, 2007).

Com a complexificação das ações de saúde, surge a figura do gestor público, compreendendo o tradicional papel do administrador em saúde pública e a nova função de gerente da rede de unidades e serviços do setor público de produção de assistência em articulação com o setor privado. O que implicou certo deslocamento da gestão do plano jurídico-legal do sistema para o plano micropolítico, isto é, incorporando também o plano da prestação direta dos serviços assistenciais.

E isto será, de um lado, garantir a universalidade e a equidade na prestação de serviços; possibilitar a participação popular e profissional nos processos decisórios correlatos à organização da produção e também na execução dos cuidados em saúde; lidar com a integralidade das ações, criando espaços e formas de interação no trabalho cotidiano e gerenciando conflitos, tal como convém ao representante dessa esfera pública que se plasmou nas leis e normas da reforma. Mas será de outro lado, encontrar a melhor via de obter alta resolutividade e boa qualidade técnico-científica das ações que serão produzidas (SCHRAIBER et al., 1999, p. 225).

Dessa forma, para os autores, a esfera da gestão está, pois, em articular o político com o técnico-científico na produção dos cuidados assistenciais em saúde, o que requer abordagens mais processuais e interativas das organizações.

Sendo o gestor público o agente que deve articular em sua prática profissional: a racionalidade do ato médico e sanitário e os conflitos que aí se inscrevem relativos às demandas; as razões de Estado e os conflitos que aí se inscrevem quanto às necessidades sociais e à justiça social; e as conquistas de direitos em saúde – como as da Reforma Sanitária com seus princípios e diretrizes – e os conflitos que aí se inscrevem com os sistemas já existentes de saúde e suas modalidades de organização institucional (SCHRAIBER et al., 1999).

Ressalta-se que a ampliação das atribuições dos gestores em nível micro também é assinalada por Lotufo e Miranda (2007), que afirmam que a direcionalidade das políticas de saúde, embora estabelecida em lei, não isenta seus gestores de suas responsabilidades na reformulação criativa das mesmas e em sua viabilização enquanto direito social de relevância pública, considerando que o propósito primordial da gestão em saúde é a produção de decisões que desencadeia o processo de intermediação e implementação de políticas.

Em outros termos, os gestores públicos de saúde não podem ser meros agentes administrativos providos somente de uma racionalidade instrumental ou normativa, cujos comportamentos seriam regrados para a condução dos sistemas de saúde e serviços. Os gestores de saúde – formuladores e produtores de políticas e estratégias institucionais, dirigentes, comandantes, condutores e difusores dos sistemas institucionalizados de ação, conformam e constituem um campo de poder governamental em que ocorrem tensionamentos e mediações políticas contínuas e permanentes. Um campo de gestão permeado pelo poder institucional (político, técnico e administrativo), que opera sob a delegação e a tutela dos detentores de mandato executivo (LOTUFO; MIRANDA, 2007, p.1146).

De acordo com Trevisan e Junqueira (2007), a chave para superar os atuais entraves à plena descentralização da gestão em saúde, desde que associados à idéia de rede, responsável por conferir operacionalidade ao sistema. Concepção de rede entendida como padrão de interação e também como forma pela qual o serviço público é planejado, concebido, produzido e oferecido à população com a sua participação ao longo do desenvolvimento.

Para tanto, a resposta a esta questão seria incorporar os diferentes atores ao processo decisório das políticas de saúde, por meio de um planejamento participativo em sua gestão, uma vez que de acordo com Paim (2006), o planejamento em saúde é uma prática social que, ao mesmo tempo em que instrumentaliza a gestão, dispendo sobre outras técnicas na organização do processo de trabalho, possibilita a tradução das políticas públicas em práticas assistenciais no âmbito local, podendo apresentar-se de modo estruturado ou não estruturado.

No campo normativo institucional brasileiro, foi estruturado o Pacto de Gestão, que subsidia o alcance dos objetivos deste estudo, pois introduz inovações nas relações intergovernamentais no SUS, produzindo uma reforma na institucionalidade vigente, tendo em vista superar os entraves que se acumularam no processo de descentralização.

Já que o Pacto de Gestão prevê ainda: a revisão das responsabilidades sanitárias das três esferas de governo e a assunção de compromissos que levem à superação do atual processo de habilitação à gestão, por parte de estados e municípios; alterar a lógica de alocação de recursos e as modalidades de transferência, superando a intensa fragmentação existente; revigorar o processo de planejamento e de programação com a racionalização e integração dos instrumentos e dos processos, fortalecendo a capacidade de regulação da atenção à saúde; fortalecer a participação e o controle social com apoio às instâncias de participação e a democratização das informações; priorizar as iniciativas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, tendo em vista aprimorar as relações de trabalho e valorização dos trabalhadores do SUS; e revisar o processo normativo com a descentralização das decisões para o âmbito dos espaços de cogestão nos estados (VASCONCELOS; PACHE, 2006).

Nesse sentido, conhecer a viabilidade do processo gerencial e o controle social no HDDS torna-se imperativo aos objetivos desta pesquisa, uma vez que, no tocante à gestão em saúde houve no Estado do ES uma construção inovadora – os Acordos de Resultados –, que abordam aspectos da gestão do cuidado que qualifica a assistência e a atuação do controle social, fatos que serão abordados a seguir.

### 3.2 UM PANORAMA NA GESTÃO EM SAÚDE

O presente modelo assistencial se desenvolveu ao longo do século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia. Mediante tal quadro o descuido com a saúde gera um excesso de encaminhamentos para especialistas e um alto consumo de exames, tornando os serviços pouco resolutivos, pois a assistência desse modo é incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do usuário (MERHY, 2002).

No Brasil a idéia de uma administração pública gerencial é antiga. Começou a ser delineada ainda na primeira reforma administrativa, nos anos 30, e estava na origem da segunda reforma ocorrida em 1967. Os princípios da administração burocrática clássica foram introduzidos no país através da criação, em 1936, do DASP – Departamento Administrativo do Serviço Público (BELTRÃO, 1984).

Nos anos de 1990, impulsiona-se o processo de descentralização político-administrativa e a municipalização das políticas públicas, o que levou à transformação e ao fortalecimento das instituições democráticas no país. Trata-se de um processo que tem ensejado mudanças na organização e funcionamento dos governos locais, incorporadas de forma diferenciada segundo as diretrizes adotadas e o grau de institucionalização dos canais de gestão democrática e dos instrumentos redistributivos da renda e riqueza produzidas nas cidades brasileiras (ARRETCHE, 2000).

Para Dagnino (1994), está implícita nessa concepção, a idéia de cidadania, já que possibilita o acesso dos cidadãos ao processo de gestão das políticas públicas em nossa sociedade. Certamente é nesse contexto de mudanças que surgem sinais da emergência de uma nova cultura política, vinculada à dimensão dos direitos sociais inscritos na Constituição Federal de 1988 e à pluralidade de atores sociais com presença na cena pública brasileira nas três esferas de governo.

### 3.3 ESCOLHAS GERENCIAIS DO ESPÍRITO SANTO

Para abordar a temática sobre gestão em saúde no ES, é preciso fazer uma leitura do panorama atual e também retrospectiva ao governo de 1995, onde se percebe um pioneirismo à busca por mecanismos de planejamento, enfrentamento e adequação do modelo gerencial voltado para rede pública estadual hospitalar. Diante desse quadro, o Estado, mesmo atravessando uma das suas maiores crises financeiras, começa a buscar alternativas para promover a implantação do SUS, crendo na sua viabilidade, mantendo como base os princípios que nortearam a reforma sanitária e o processo de democratização do país (PETRI, 2008).

Como vem sendo dito e, sob certos aspectos admitido e reconhecido em termos gerais, a dificuldade principal para implementação do SUS advém especialmente do gerenciamento da política. A partir dessa premissa, o Governo do Estado resolve, por um lado, incentivar o processo de municipalização, e por outro lado, reorganizar administrativa e gerencialmente as unidades hospitalares que integram a rede administrada diretamente pela SESA – Secretaria de Estado da Saúde, através da autarquia Instituto Estadual de Saúde Pública – IESP (ESPIRITO SANTO, 1997a).

Os hospitais foram priorizados, visto que formam um dos maiores pontos de estrangulamento quando há um aumento da demanda pelos serviços de saúde, decorrente do empobrecimento da população e da insuficiente ou até inexistência da intercomplementariedade da rede, nos níveis estadual e municipal. A opção inicialmente adotada em relação às unidades hospitalares era a adoção de um novo modelo gerencial alicerçado na democratização, com a participação da sociedade e dos profissionais que nelas atuam, mediante a aplicação de estruturas organizacionais horizontalizadas, e tomadas de decisão colegiada (ESPIRITO SANTO, 1997b).

Nota-se que a reforma do aparelho do Estado, proposta pelo Governo Federal, prevê a transformação dos hospitais públicos de sua rede, em organizações sociais gerenciadas pelos profissionais juntamente com a sociedade, mantendo o caráter público, mas não estatal; no caso do ES, a proposta mantém os hospitais como organizações públicas, estatais, gerenciadas através de um Acordo de Resultados

entre a SESA/IESP – e cada um dos hospitais. Ou seja, a SESA/IESP deixa de se envolver no dia-a-dia dos hospitais, para ser um gerenciador do sistema, avaliando as unidades hospitalares através de um contrato, no qual têm que estar definidas as responsabilidades de ambas as partes (SILVA; VASCONCELOS; MATHIAS, 1998).

Quanto ao aprimoramento gerencial dos hospitais públicos estaduais, é importante entender a extensão e a complexidade do trabalho para implantação do novo modelo gerencial, denominado Programa de Aprimoramento Gerencial dos Hospitais Públicos<sup>5</sup>, são necessárias, inicialmente, algumas explicações sobre a organização o Estado e a SESA.

O Espírito Santo está situado na região sudeste do país, constitui-se no menor e menos populoso estado da região, segundo o censo de 2010 se apresenta com uma população de 3.514.952 habitantes, distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. Apenas 09 municípios (11,54%) apresentam população maior que 100 mil habitantes (IBGE, 2011).

O Estado ocupa uma área de 46.098,1 km<sup>2</sup> e apresenta densidade demográfica de 76 hab./km<sup>2</sup>. Sua região central demonstra uma grande concentração da população (190 hab./km<sup>2</sup>), que, por sua vez, está altamente intensificada na região metropolitana (724 hab./km<sup>2</sup>), chegando a expressiva marca 3.328 hab./km<sup>2</sup> na capital. Com quadro diferenciado, temos ao norte um vazio demográfico (36 hab./km<sup>2</sup>), indicando a presença de grandes latifúndios na região. O sul possui uma densidade demográfica de 63 hab./km<sup>2</sup>. Na média, 16,5% dos capixabas habitam em áreas rurais e 83,5% em áreas urbanas (IBGE, 2011).

A SESA funciona atualmente a partir da organização ditada pela Lei n.º 4.317, de 04 de janeiro de 1990, e é o órgão central do Sistema Estadual de Saúde no âmbito do governo estadual. A sua estrutura, no entanto, prevê apenas a existência de unidades em nível de assessoramento direto ao Secretário, dois subsecretários, em

---

<sup>5</sup> O Programa de Aprimoramento Gerencial dos Hospitais Públicos do Estado do Espírito Santo é um conjunto de mediadas que visam organizar o modelo de prestação da assistência à população com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada à população nos termos do Sistema Único de Saúde e em consonância com a missão da Secretaria de Estado da Saúde – SESA.

nível de gerenciamento técnico e administrativo e os órgãos que fazem a interface com a área instrumental do Governo nas áreas de administração de serviços, recursos humanos, finanças e orçamento. Os hospitais continuaram com uma normatização editada no ano de 1982, excluindo-se aqueles que iniciaram suas atividades depois dessa época, que funcionavam sem nenhuma norma de organização interna (SILVA; VASCONCELOS; MATHIAS, 1998).

Da estrutura inicial dos hospitais restou muito pouco; remanesceu uma diretoria composta de três membros – diretor geral, clínico e administrativo - que nem sempre estava totalmente ocupada. A informalidade e a tradição são as principais fontes normativas do funcionamento da unidade e cada hospital criou sua própria cultura, desfocada de uma missão e do sentido de cumprimento de objetivos (SILVA; VASCONCELOS; MATHIAS, 1998).

Segundo a SESA (1997a), o que se pode constatar das características decorrentes nos diagnósticos levantados dos hospitais estaduais sobre sua base funcional é que:

- Há um modelo estrutural centralizado na diretoria;
- São constituídos de setores informais que se estabeleceram ao longo do tempo, a partir de determinadas pessoas, com responsáveis nem sempre legalmente constituídos;
- Ocorre a inexistência de uma organização mínima para registro, acompanhamento e gerenciamento de custos e de administração de pessoal;
- Há uma organização de ‘costas’ para o cliente-usuário, e mais voltada para a satisfação da burocracia interna;
- Existe uma satisfação, em muitos casos dos interesses políticos regionais ou de grupos profissionais, especialmente o dos médicos;
- Há uma dificuldade endógena de se identificar responsabilidades funcionais.

Frente a este desenho gerencial, era fundamental que fosse estabelecido um programa gerencial para estabelecer as diretrizes, e funcionalidades, bem como os resultados esperados, e os caminhos possíveis para conquistas coletivas.

Com essa demanda, surge uma nova proposta para a gestão hospitalar durante o seminário de Planejamento Estratégico do Governo do ES realizado em março de 1996, na gestão do então Governador Vitor Buaz (1995 – 1998), onde ficou evidenciado que a área da saúde era uma das prioridades do governo, bem como o propósito de se viabilizar a implantação de um novo modelo gerencial para os hospitais, que privilegiasse a autonomia de administração (SILVA; VASCONCELOS; MATHIAS, 1998).

Logo em seguida foi realizado também o Planejamento Estratégico da SESA. Quanto à gestão hospitalar, ficou estabelecido que fosse desenvolvido o projeto de autonomia dos hospitais, que, ao final, deveria conter um acordo com o Governo do Estado onde ficassem estabelecidas as regras e as condições dessa autonomia (SILVA; VASCONCELOS; MATHIAS, 1998).

Como estava sendo aplicado o Curso de Gestão Hospitalar para 45 (quarenta e cinco) servidores, dentre eles os diretores dos hospitais, desde novembro de 1995, em nível de pós-graduação, conduzido pela equipe do Laboratório de Planejamento do Departamento de Medicina Social da Universidade de Campinas – LAPA/UNICAMP foi negociado que ali seria o fórum adequado para as discussões e a organização do projeto. Inclusive, a organização do projeto seria coordenada pela mesma equipe que vinha aplicando o curso (SESA, 1997b)

A alteração do modelo de gestão dos hospitais públicos surge como um reconhecimento da insuficiência do modelo praticado que, além de isolar a administração do hospital do nível central da SESA, não permite a participação e a responsabilização dos servidores. A principal justificativa para a discussão do novo modelo gerencial para os hospitais vem do Projeto de Reforma do Estado executado pelo Governador Vitor Buaz, cujas características fundamentais são a descentralização das ações, a articulação entre os diversos segmentos privado e público, a redução do tamanho do estado, o planejamento das ações com redução de custos, dentre outras (SILVA; VASCONCELOS; MATHIAS, 1998).

Na sequência do desenvolvimento dos trabalhos, aqueles diretores de hospitais que verificaram a possibilidade de incorporar os servidores na discussão do projeto,

foram realizando reuniões, levantamentos e levando para a prática alguns conhecimentos adquiridos no curso, que ao final se incorporariam, estrategicamente, ao novo modelo de gestão (SILVA; VASCONCELOS; MATHIAS, 1998).

Em dezembro de 1996, no rol das medidas tomadas pelo Governo para a Reforma do Estado, foi aprovada a Lei nº 5.341, que contém os princípios fundamentais para a implantação do novo modelo gerencial dos hospitais, integrando-os sistemicamente à SESA.

Como princípios complementares aos do SUS, foram definidos: autonomia crescente do hospital; conhecimento dos processos de trabalho; integração sistêmica da estrutura do hospital; implantação de indicadores de desempenho das unidades de trabalho; participação dos servidores na formulação da missão, dos objetivos das unidades de trabalho e na composição da estrutura organizacional; ênfase no cliente – usuário dos serviços (SILVA; VASCONCELOS; MATHIAS, 1998).

O desenho administrativo proposto quanto à gestão hospitalar traz algumas características centrais do modelo gerencial dos hospitais, que as consubstanciadas no Programa de Aprimoramento Gerencial, de acordo com a SESA (1997a), as principais características são as seguintes:

- Foco central: cliente, usuário dos serviços, cidadão, ser humano;
- Descentralização de atividades do nível central do IESP para os hospitais (recursos humanos; administração de materiais, de patrimônio e de serviços; administração financeira), aumentando a autonomia existente;
- Criação de mecanismos gerenciais que permitam a identificação de custos nos diversos itens de despesa do hospital, formulação de indicadores para avaliação da melhoria contínua e do desempenho das Unidades de Trabalho e do Hospital como um todo;
- Aplicação de uma estrutura organizacional horizontalizada, com o mínimo de níveis hierárquicos;
- Criação de apenas um cargo de direção: o diretor geral;

- Transferência para o hospital de toda sua arrecadação SUS para as despesas de custeio e, se suficientes, para a execução de algum tipo de investimento;
- Implantação do incentivo para o desempenho funcional (Lei n.º 5.341/96) mediante a aplicação do percentual equivalente a 20% (vinte por cento) da arrecadação SUS para distribuição aos servidores, em efetivo serviço no hospital, de acordo com o Grau de Desempenho apurado segundo os critérios estabelecidos;
- Criação de mecanismos gerenciais que permitem controle social interno (Colegiados e Comissões) e externo (Conselho Gestor), inclusive sobre a efetiva lotação do servidor no hospital;
- Tomada de decisão compartilhada e em parceria através dos diversos colegiados criados com a introdução de novos atores no processo decisório, melhorando a qualidade e a legitimidade dessas mesmas decisões, sem, no entanto, retirar a responsabilidade pessoal do ocupante de cargo gerencial;
- Escolha, pelo próprio hospital, da estratégia para identificação e manutenção de gerentes das Unidades de Trabalho;
- Possibilidade do hospital, em caráter individualizado, firmar convênios com a comunidade;
- Orientação para que cada hospital, a partir da sua realidade, desenvolvesse o seu modelo de estrutura interna com base nos princípios norteadores contidos na lei, não havendo uma padronização ou uniformização;
- Integração da gestão do hospital ao planejamento estratégico da SESA;
- Integração sistêmica do hospital na área da saúde do Estado através dos colegiados.

Com a aprovação da Lei nº 5.341, que catalogou os princípios do Programa de Aprimoramento Gerencial dos Hospitais, a etapa seguinte constou da preparação do projeto técnico para sua efetiva implantação e a formulação de uma abordagem estratégica para o início dos trabalhos nas unidades hospitalares.

O primeiro pressuposto considerado para essa estratégia foi o de que os diretores dos hospitais se enquadravam em três grupos: aqueles que efetivamente participaram do curso de gestão hospitalar e que haviam iniciado algum trabalho de

implantação da mudança em seus respectivos hospitais; aqueles que participaram do curso, porém não iniciaram nenhum tipo de trabalho; e aqueles que não participaram do curso (SILVA; VASCONCELOS; MATHIAS, 1998).

Na estruturação do programa levou-se em consideração que, para haver o interesse das pessoas de participarem do processo e além do desejo e da motivação individual, haveria a necessidade de inserir no conjunto de medidas aprovadas a possibilidade da distribuição de uma parcela proveniente da arrecadação SUS do hospital, sob a forma de um incentivo para o desempenho (SILVA; VASCONCELOS; MATHIAS, 1998).

Porém, a estratégia fundamental para a implantação do programa esteve baseada, a partir do planejamento estratégico situacional e seus princípios norteadores: “planeja quem faz planejamento – ações concomitantes, a estratégia é uma aposta, o papel dos atores relevantes, dentre outros” (MATUS, 1993, p. 84).

Nesses termos, após a etapa de divulgação do programa, foi discutida exaustivamente a missão do hospital, a estruturação em unidades de trabalho, definindo seus objetivos, e identificando o perfil do seu gerente. Mediante a escolha de um gerente de transição, a estrutura foi colocada em funcionamento, mesmo antes da sua aprovação em lei.

Respeitados os princípios fundamentais do programa e a tecnologia utilizada em um hospital, rompeu-se, na base, o paradigma da padronização até então predominante, com a aprovação de estruturas e conteúdos de unidades de trabalho diferenciados entre os hospitais. Nessa discussão, foram identificados e selecionados, os indicadores de desempenho aplicáveis a cada unidade de trabalho e ao hospital como um todo. Ao mesmo tempo formulava-se o diagnóstico organizacional e funcional. Este processo tornou-se o principal ponto para a aprendizagem organizacional dos grupos, que seria resgatada integralmente na formulação do planejamento de cada unidade de trabalho e do conjunto do hospital. Esse planejamento é que se constituiria no requisito mais importante para a estruturação do Acordo de Resultados (SILVA; VASCONCELOS; MATHIAS, 1998).

### 3.4 ACORDO DE RESULTADOS: UMA MODALIDADE DE GESTÃO

O Acordo de Resultados<sup>6</sup>, no fundo, é uma espécie de contrato de gestão que articula o Governo do ES, através da sua SESA, com um órgão da sua própria estrutura. O fundamental, no caso, é a preservação do caráter público da instituição, onde além dos recursos federais provenientes do SUS, são colocados recursos financeiros e humanos de origem estadual como forma de complementar a manutenção do atendimento à população de forma universalizada e sem qualquer discriminação (SILVA; VASCONCELOS; MATHIAS, 1998).

Teoricamente, os contratos de gestão têm como finalidade precípua a modificação do enfoque de administração que deve se afastar das características burocráticas, onde se controla o processo de execução, e se alinhar com características gerenciais, onde se verificam resultados, ao final de períodos regulares de tempo. Portanto, o contrato de gestão pressupõe uma combinação de custos, transferência e alocação de recursos materiais, humanos e logísticos, deixando a organização dos processos de trabalho e a formulação das estratégias por conta e responsabilidade da instituição contratada (SILVA; VASCONCELOS; MATHIAS, 1998).

Há uma travessia dolorosa de inversão de paradigmas, de choque de interesses de toda ordem, de incompreensão do sentido da mudança, de prevalência do particular sobre o coletivo, que dificulta, cria obstáculos e até impede a passagem para novos patamares de organização e administração. Por conseguinte, para o sucesso do contrato de gestão na obtenção dos resultados pretendidos, não basta transferir recursos e pactuar objetivos. É fundamental preparar a organização para uma

---

<sup>6</sup> O "Acordo de Resultados" propõe que cada hospital deve ser fundamentado no Diagnóstico descrito e avaliativo da unidade hospitalar que conterá uma ampla e detalhada descrição da realidade da unidade hospitalar, seu perfil assistencial, suas possibilidades e suas limitações. Esses Acordos de Resultados serão acompanhados semestralmente pelo Colegiado de Diretores Hospitalares - CDH, que aprovará um modelo e um roteiro para apresentação dos relatórios por parte dos hospitais, podendo aprovar auditorias diretas em uma dada unidade hospitalar se assim for julgado conveniente em função das circunstâncias operacionais e administrativas da unidade hospitalar. A estruturação organizacional das unidades hospitalares deverá ser orientada pelo fluxo dos processos de trabalho, independente da área de serviço, de modo que, em conjunto, possam ser alcançados seus objetivos, com participação, eficiência do controle social interno e externo. Por fim, tais Acordos no âmbito da unidade hospitalar devem ser aprovados pelo Colegiado de Gerentes (servidores) e pelo Conselho Gestor do Hospital (sociedade civil organizada). (Lei nº 5.341/1996 que Institui o Programa de Aprimoramento Gerencial do Sistema de Saúde do Estado do Espírito Santo)

abordagem de sistema aberto e para a execução de uma nova estratégia organizacional. É necessário que essa organização entre num processo de aprendizagem coletiva (SILVA; VASCONCELOS; MATHIAS, 1998).

Frente à identificação dessa dificuldade é que se estruturou toda essa abordagem para a mudança do modelo de gestão dos hospitais públicos estaduais, visto que os procedimentos são definidos com base nos problemas e no planejamento, e tudo passando pelo crivo do controle social externo e interno.

Dessa forma, o Acordo de Resultados foi definido como um instrumento formal de definição de competências recíprocas, responsabilidades e prazos e dos resultados esperados do hospital, respeitadas as especificidades de cada um deles e o seu grau de organização. O Acordo de Resultados visa dar autonomia de gestão aos hospitais objetivando uma melhoria tanto nos padrões quantitativos quanto nos qualitativos no que tange a prestação de serviços e do atendimento à população.

Silva, Vasconcelos e Mathias (1998) elencaram alguns tópicos sobre a autonomia, com vistas à concessão de competências e qualificações no que diz respeito ao Acordo de Resultados, que são:

- Às atividades fim de definição do modelo assistencial do hospital e do atendimento à população;
- As atividades meio referentes à administração de recursos humanos, administração de materiais e patrimônio, administração de serviços e administração de recursos financeiros.

Sob essa perspectiva ética, Pinheiro (2007) infere importantes contribuições, ao configurar o cuidado como cerne das práticas eficazes em saúde no tocante à assistência, dotado de um agir político e valor ético, capazes de promover a integralidade das ações de saúde. Como ação política, corporifica as diferenças na forma de respostas adequadas às demandas apresentadas e, como valor ético, exige responsabilidade coletiva, a qual consiste no desenvolvimento de uma capacidade de se deixar afetar por aquilo que é público, e por aquilo que interessa aos outros.

A sociedade civil é o lugar onde se processa a articulação institucional das ideologias e dos projetos classistas. Ela expressa a luta, os conflitos e articula, contraditoriamente, interesses estruturalmente desiguais. Por isso, concebê-la sem o corte classista, como não contraditória, homogênea e articuladora de instituições indiferenciadas, “Tende a minimizar a percepção dos conflitos sociais e do seu papel na transformação social” (DIAS, 1996, p.114).

Segundo Dias (1996), essa visão só é correta do ponto de vista liberal, pensá-la na perspectiva dos trabalhadores, requer sua articulação com os movimentos sociais organizados apreendendo toda a sua contradição. E, ao colocá-los no centro da luta social percebe-se o alcance real da sociedade civil.

Ao identificar que no Estado do ES foi arquitetado um programa para se evoluir no processo gerencial – Programa de Aprimoramento Gerencial – e se optou pela participação da sociedade, o avanço histórico, jurídico e social são imensuráveis, uma vez que não há instituição ou mesmo governo que retire ou mesmo regrida os avanços e conquistas alcançados por essa adequação que a Lei nº 5.341/96 trouxe para a realidade estadual, no âmbito da saúde e seus afins.

## 4 O CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

Neste capítulo apresentamos inicialmente fragmentos da história da constituição do controle social no Brasil e no ES, estreitando-se até o município de Serra, onde está localizado o hospital em análise, bem como as transformações, problematizações e a estrutura do conselho gestor, tendo em vista identificar elementos que favoreçam uma real aproximação entre o gerir e o cuidar no espaço hospitalar.

Sabe-se que o controle social pode ser feito individualmente, por qualquer cidadão, ou por um grupo de pessoas, contudo para ampliar os horizontes da democracia e equidade são agregados alguns membros da sociedade civil organizada para adentrar e fazer parte do conselho gestor do hospital. Os conselhos, no caso da saúde, são canais efetivos de participação, que permitem fortalecer a política de saúde e o exercício da cidadania, quando estes são atuantes, assim deixam de ser um discurso, para se efetivarem na realidade em que atuam. Desta forma a importância dos conselhos está no seu papel de fortalecimento da participação democrática da população.

Os conselhos são instâncias atuantes nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e tornam-se uma instância de grande relevância para os serviços da saúde, em geral e no âmbito hospitalar, em particular. Portanto, a efetiva participação do usuário nos espaços dos Conselhos contribui para a construção do modelo da gestão em saúde adotado no país, em geral e no ES, em particular.

### 4.1 A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE CONTROLE SOCIAL

No Brasil, o direito do cidadão na participação das decisões na gestão do sistema de saúde, no caso do SUS, é assegurado legalmente pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90.

Assim sendo a formulação de políticas, do planejamento e da organização dos serviços de saúde ocorrem, obrigatoriamente, em contextos políticos. Visto que todos os protagonistas do setor de saúde, incluído políticos, gestores, profissionais de saúde, usuários e membros da sociedade e as organizações que os

representem, devem ser incorporados nas decisões que envolvem o sistema de saúde (COTTA et al., 2013).

No caso das políticas de saúde, são muitos os setores envolvidos – grupos de seguros de saúde, população usuária, indústria farmacêutica, corporação médica, dentre outros – já que cada um desses setores tem interesses próprios em relação aos interesses sociais. Segundo Michels (1982), esses interesses podem impor distorções intra e inter organizacional, dificultando a implementação dos ideais pensados para o sistema de saúde.

A principal tese defendida por Lowi (1972, p. 299) “É que as políticas públicas determinam ou definem, em geral, as disputas políticas que ocorrem na dimensão processual”. Com isso, Lowi atesta que cada tipo de política pública vai enfrentar diferentes formas de apoio e de rejeição e que as disputas passam por arenas diferenciadas.

Segundo a tipologia de Lowi (1964), o tipo de arena política é que vai determinar os padrões de relação e demandas dos atores. O esquema ‘lowiano’ baseia-se no argumento segundo o qual, para compreender a lógica operacional das políticas, é preciso considerar que sua efetividade depende de sua constituição de arenas de disputa política. O problema central está na agregação e distribuição do bem. Este autor propõe categorias específicas para lidar com os problemas das políticas públicas e arenas de disputa, a saber: as políticas distributivas, as políticas regulatórias e as políticas redistributivas. Posteriormente, Salisbury (1984) propôs a inclusão de um quarto tipo de política: as políticas auto-regulatórias (COTTA; MENDES; MUNIZ, 1998, p. 49)

Cotta, Mendes e Muniz (1998, p. 49-53) classificam estes quatro tipos de políticas da seguinte maneira:

- **Políticas Distributivas:** são as decisões tomadas pelo governo que desconsidera a questão dos recursos limitados, gerando mais impactos individuais do que universais, ao privilegiar certos grupos sociais ou regiões em detrimento do todo. Sendo assim determinadas por pouco ou nenhum conflito quanto a sua regulamentação legal, discutindo-se, apenas, sobre o tamanho e a distribuição específica das porções. No caso das políticas de saúde, quanto mais desagregados forem os bens ofertados, maiores as possibilidades disponíveis de políticas distributivas.

- **Políticas Regulatórias:** são as mais visíveis ao público, pois envolvem burocracia, políticos e grupos de interesses. Nessa tipologia de política, as decisões acarretam custos e podem reduzir ou expandir as possibilidades para os indivíduos particulares. Em curto prazo, envolvem uma escolha direta sobre quem será favorecido e quem será prejudicado. São exemplos desse tipo de política todas aquelas áreas que sofrem intervenções de controle e fiscalização governamental – hospitais, farmácias, restaurantes, lanchonetes, etc.
- **Políticas Redistributivas:** são as que conferem benefícios a grupos, extraindo recursos de outros grupos. Por isso envolvem conflitos mais intensos quanto a sua regulamentação, legitimidade e delimitação do seu conteúdo específico. É bem caracterizada na área sanitária pela introdução do conceito de Seguridade Social pela Constituição 1988, bem como a política de adoção do SUS, do princípio da universalidade do acesso às ações e aos serviços de saúde.
- **Políticas Auto-regulatórias:** são aquelas que um grupo ou grupos conquistam o direito de legislar sobre os seus próprios assuntos. Representam políticas que, apesar de imporem restrições aos grupos, são percebidas como condições para opções proveitosas, e não como prejuízos. As demandas por virem de um grupo pequeno não representam praticamente nenhuma oposição.

Nesse sentido, as políticas públicas e, por conseguinte as políticas sociais devem ser pensadas no quadro mais amplo de relações entre: o Estado, o desenvolvimento econômico e os sistemas de proteção social. A forma como esses sistemas funcionam e se organizam, bem como os resultados na vida e na saúde da população, dependem da responsabilização do governo, da sociedade civil e do mercado em busca do bem comum (SOUZA, 2007).

Na saúde, a formulação de políticas públicas ocorre em contextos de incertezas – existem muitas informações e as relações entre os atores não são precisas; os objetivos são variáveis e as políticas mudam, e tais questões tornam as dimensões e a implementação de políticas de saúde singularmente complexas.

No Brasil, o setor de saúde teve papel de destaque na transformação do controle social, dando protagonismo à sociedade civil organizada na defesa de seus direitos de cidadania. Neste contexto o Movimento da Reforma Sanitária, que teve seu início

na década de 70, culminando no reconhecimento constitucional da saúde como um direito de todos e dever do Estado em outubro de 1988.

Na área da saúde, observa-se que os termos participação e controle social são utilizados com sentido equivalente. Contudo em função de um processo progressivo de democratização do Estado brasileiro, a participação e o controle social foram adquirindo novos significados, estando cada vez mais correlacionados. Entretanto, é importante ressaltar que apesar dessa aproximação entre os significados, existe uma distinção semântica entre estes termos, já que eles possuem implicações distintas ao se planejar e implementar políticas públicas (COTTA et al., 2013).

A trajetória histórica da participação social no Brasil apresentou muitas nuances. Desde as primeiras décadas do século XIX, em função de interesses econômicos e medidas autoritárias voltadas ao controle de endemias nas áreas de produção e exportação, onde o conjunto de medidas ficou conhecido como Sanitarismo Campanhista. Perpassou pela década de 1920 com a reprodução do modelo norte-americano que configurou o modelo sanitarista brasileiro. Depois no período populista da chamada *Era Vargas* que inaugurou uma série de medidas de proteção social ao trabalhador, e no atrelamento no âmbito da saúde à previdência social que tinha uma concepção restritiva, oferecendo assistência médica individual de caráter curativo. No período da ditadura militar, entre 1964 a 1985, ampliou-se o modelo de assistência médica hospitalar, medicamentosa, curativa, individual, com destaque aos procedimentos especializados, o que culminou com um incremento de investimentos públicos no setor privado (COTTA et al., 2013).

No final da década de 70, iniciou-se um processo de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatizações dos serviços de saúde. Nesse momento surge um tecido social – sindicalismo, movimentos reivindicatórios urbanos, movimentos setoriais. Em 1986 ocorre a 8ª CNS onde nasce uma proposta de Reforma Sanitária Brasileira, na qual a saúde era reconhecida como um direito a ser realizada pelo setor público. Consolida-se assim na Constituição Federal de 1988 e nas leis orgânicas nº 8.080/90 e nº 8.142/90 a obrigatoriedade da constituição dos Conselhos de Saúde pelos municípios, que juntamente com as Conferências, passam a compor as instâncias formais de participação social (COTTA et al., 2013).

## 4.2 A PARTICIPAÇÃO POPULAR E OS CONSELHOS DE SAÚDE

Historicamente, a participação dos movimentos populares na política de saúde brasileira, tem ocorrido em defesa do direito à saúde de forma que seus serviços sejam conduzidos democraticamente.

Após um processo de regulamentação da gestão descentralizada das políticas públicas, com a inserção da participação da sociedade civil, via Conselhos, na sua formulação e controle, os conselhos passam a ser considerados canais de participação mais expressivos frente às ações públicas na esfera local, caracterizados pela abertura de novos padrões de interação entre governo e sociedade na gestão de políticas públicas (SANTOS JÚNIOR, 2001).

Os movimentos sociais passaram de uma atitude predominantemente reativa, antagônica e contestadora da legitimidade do Estado na gestão da sociedade, a uma postura mais propositiva, que passa a entendê-lo como espaço de disputa, que busca conquistar espaços no seu interior, alargando o leque de interlocutores e ampliando sua legitimidade. A participação entendida e realizada como confronto dá lugar à participação entendida como disputa e negociação. A reivindicação de participação popular, formulada pelos movimentos sociais, torna-se a reivindicação de participar da gestão da sociedade (CARVALHO, 1998).

A participação social exige iniciativa, pois é essencial que o cidadão opine e participe efetivamente das políticas, ações e serviços públicos dos quais são beneficiários.

De acordo com Bravo (2007) a participação social é entendida como a gestão nas políticas por meio do planejamento e fiscalização desenvolvidos pela sociedade civil organizada em órgãos e serviços do Estado responsáveis pela elaboração e gestão das políticas públicas.

Presoto e Westphal (2005) afirmam que a participação é o instrumento de governo mais adequado para construir um regime democrático, cabendo ao Estado instituir mecanismos participativos para introduzir a população nos programas de governo.

Santos Júnior (2001) analisa a maneira como as mudanças nas instituições governativas locais interferem na afirmação do sistema de governança<sup>7</sup> democrática das cidades brasileiras. Parece pertinente que o envolvimento dos cidadãos na gestão pública incide diretamente sobre as possibilidades e os padrões de interação entre o governo e a sociedade, de forma que a participação social é condição indispensável tanto para a formulação de demandas quanto para a própria interação política entre a sociedade e as instituições governamentais.

As novas experiências de gestão pública democrática na realidade brasileira, como os Conselhos, tentam, assim, absorver a noção da esfera local como espaço de mediação de interesses e de gestão político-administrativa descentralizada e participativa das políticas públicas. Para a construção desse perfil, há necessidade de fortalecer parcerias com os serviços, buscando novos cenários para a formação, no sentido de dar sustentação à formação gerencial dos serviços de saúde numa perspectiva transformadora. Para isso é imprescindível o papel dos Conselhos em conjunto com as Gerencias, como facilitadores e articuladores, na integração da teoria com a prática.

Portanto o Conselho de Saúde é um espaço de lutas entre interesses contraditórios pela diversidade de segmentos da sociedade nele representados, apresenta caráter deliberativo no SUS e tem como missão a fiscalização, o acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. Sua composição se dá por representantes de entidades e movimentos sociais, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde e prestadores de serviços de saúde. As competências que este conselho assume perpassam desde o orçamento, quanto à execução orçamentária, e possuem grande responsabilidade no cenário nacional da saúde. Os conselhos gestores, no âmbito hospitalar, fortalecem a gestão democrática e contribuem para a consolidação do controle social no SUS.

A efetivação do controle social no campo dos Conselhos é limitada, do lado dos gestores: pela não transparência das informações e da própria gestão, pela

---

<sup>7</sup> Entendendo-se por governança novos padrões de interação entre governo e sociedade, baseada em arranjos institucionais que coordenam e regulam a relação entre governo e os atores sociais em um sistema político democrático (Santos Júnior, 2001, p. 94).

manipulação dos dados epidemiológicos, pelo uso de artifícios contábeis no manuseio dos recursos do Fundo de Saúde, pela ingerência política na escolha dos conselheiros, pela manipulação dos conselheiros na aprovação de propostas, e, do lado dos usuários: pela fragilidade política das entidades representadas, pela não organicidade entre representantes e representados, pela não articulação deste segmento na defesa de propostas em termos de um projeto comum, pelo corporativismo de cada conselheiro defendendo os interesses somente de sua entidade, pelo não acesso às informações, pelo desconhecimento sobre seu papel e sobre a realidade da saúde na qual está inserido.

#### 4.3 O CONTEXTO POLÍTICO E SOCIAL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Os representantes da sociedade civil têm papel de destaque nos conselhos, pois têm caráter deliberativo junto com as respectivas secretarias de saúde, e auxiliam na organização das diretrizes de planejamento no sistema de saúde pública estadual.

Presoto e Westphal (2005, p. 3) atestam que:

A participação da sociedade civil organizada em conselhos permite o exercício do controle social sobre as políticas governamentais, a formulação e proposição de diretrizes, o estabelecimento de meios e prioridades de atuação voltadas para o atendimento das necessidades e interesses dos diversos segmentos sociais, a avaliação das ações e a negociação do direcionamento dos recursos financeiros existentes.

Entretanto, para concretização dessa potencialidade que é a representação da sociedade civil nos conselhos, esses representantes devem ser eleitos de forma democrática, em fórum ou assembleia. Sendo que suas atribuições não devem ser impostas pelas instituições as quais representem, esses precisam desenvolver suas ações com autonomia tendo clareza sobre a importância social de sua função para não banalizá-la.

Para edificação do contexto estadual, vale ressaltar algumas questões nacionais, pois em 1990, a saúde se atualizou como dimensão de direito social a partir da redefinição constitucional e da regulamentação do SUS. Entretanto, as revisões

constitucionais ocorridas nessa década reformaram o Estado, provocando mudanças nas funções estatais e no campo social, que haviam sido recém-definidas (GIOVANELLA, 1991).

Os conselheiros sociais devem conhecer os problemas, procurar suas causas, discuti-los com as suas representações e, juntos, pensarem em maneiras de eliminá-los ou torná-los menos nocivos à população. Por mais que um conselheiro, em sua vida pessoal, apóie um partido político que se identifica ideologicamente, ele representa os interesses do segmento que o indicou ou elegeu, não cabendo permissões ou mesmo influências políticas sob a posição que ocupa. Ele não pode deixar de prestar atenção aos conflitos que se armam e que acompanham todas as etapas de sua tarefa, obrigando-o a agir com habilidade, paciência e perseverança, para desmontar armadilhas políticas e burocráticas e perseguir negociações, em nome da obtenção de resultados consensuais, que tornarão os conselhos mais produtivos (SOBRAL, 2008).

Como reação a construção da gestão estadual é importante ressaltar que a experiência administrativa dos partidos políticos são consideradas essenciais à democracia representativa, pois são elementos fundamentais para dinâmica e estrutura jurídica e política, constituindo-se num dos fenômenos mais característicos dos Estados modernos.

Aliás, os principais cientistas políticos modernos concordam que não é possível conceber um estado democrático sem partidos políticos fortes. Neste sentido, Kinzo (1993, p. 2) escreve que “Partidos políticos não são uma condição suficiente para a democracia, mas são uma condição necessária, pois não existe democracia moderna sem partidos”.

Ressalta-se que não se pretende fazer uma radiografia minuciosa do sistema partidário brasileiro e nem uma análise da história dos partidos, mas uma breve contextualização que permita situar o PT no contexto analisado, pois os projetos para alcançar os resultados no âmbito hospitalar e, estabelecer uma gestão compartilhada no Estado foi historicamente iniciado na gestão governamental de um filiado ao PT. Compreender sua prática dentro do contexto político partidário

brasileiro e no cenário estadual na década de 90 é de grande importância para análise a seguir, pois suas colaborações no âmbito da organização dos hospitais e a escolha do modelo gerencial, em especial no HDDS, foram um divisor de águas quanto à participação social (BANCK, 1998).

O PT no ES e sua relação com o governador Vítor Buaiz – pode ser justificado a partir de dois motivos: o primeiro se deve ao corte da história política estadual, isto é, em entender não só o PT e sua variada clivagem ideológica, mas também pelo fato de o Espírito Santo ter sido o primeiro Estado, ao lado do Distrito Federal, em que o PT foi eleito para o exercício do poder neste nível, uma vez que até então acumulava experiência administrativa apenas em termos de gestão municipal; o segundo motivo refere-se às dificuldades enfrentadas no processo eleitoral, especialmente no segundo turno, mas também no curso do próprio mandato (BANCK, 1998).

Tal reflexão trata-se de uma oportunidade ímpar para estudar e compreender a evolução de um partido que acumulou tão importantes responsabilidades num curto espaço de tempo, especialmente por ser formado basicamente por trabalhadores e pela classe média. Esta questão torna-se ainda mais relevante pelo fato de ser o PT, à época, um partido de esquerda, com uma história de oposição sistemática, tanto ao governo federal, quanto aos governos estaduais e municipais, pregando um modo próprio de administrar (FRANCO; HEES, 2003).

No decorrer da gestão do então governador Vítor Buaiz (1995-1998), assumiu o cargo de Secretário de Saúde, o médico Pedro Benevenuto, que teve papel importantíssimo no movimento da Reforma Sanitária no ES. O cenário econômico, político e social caracterizados no período da gestão de Benevenuto, remetem a uma reflexão crítica sobre os novos padrões de gestão das políticas públicas, em geral e da saúde, em particular e sua conformação no Brasil (BITTENCOURT, 2002).

Em 09 de dezembro de 1997, é publicado pelo Governador as Características Básicas do Modelo Gerencial para os Hospitais Estaduais<sup>8</sup>, dentre estas se ressaltam a definição da tomada de decisões compartilhada com a criação de mecanismos gerenciais que permitem o controle social interno e externo – comissões e conselhos, respectivamente. Portanto como um dos principais resultados esperados deste novo modelo o efetivo, espera-se que haja o controle sobre as lotações dos servidores em cada hospital, e se efetivamente estão prestando os serviços elencados na categoria do hospital e em seu perfil estadual, em função dos mecanismos gerenciais que estão sendo implementados (FRANCO; HEES, 2003).

O MS publicou as deliberações e ações relacionadas aos usuários e seus direitos, através da Carta dos Direitos dos Usuários a Saúde que reafirma as responsabilidades dos Conselhos Municipais de Saúde, e empoderam a sociedade para ter acesso e participação das tomadas de decisões no que tange os serviços a saúde, sendo este um espaço democrático e permanente para a participação da sociedade.

Brasil (2011) na Carta dos Direitos de usuários de saúde, segundo a Controladoria Geral da União, os conselhos devem ser compostos por um número par de conselheiros, sendo que, para cada conselheiro representante do Estado, haverá um representante da sociedade civil (exemplo: se um conselho tiver 14 conselheiros, sete serão representantes do Estado e sete representarão a sociedade civil). Mas há exceções à regra da paridade dos conselhos, tais como na saúde e na segurança alimentar. Os conselhos de saúde, por exemplo, são compostos por 25% de representantes de entidades governamentais, 25% de representantes de entidades não-governamentais e 50% de usuários dos serviços de saúde do SUS.

---

<sup>8</sup> As Características Básicas do Modelo Gerencial para os Hospitais Estaduais seguem o modelo de saúde do Estado do Espírito Santo, que é orientado pelos mandamentos constitucionais e pelos princípios e diretrizes das Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem assim da organização e do funcionamento dos serviços correspondentes, define a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e regulamenta as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. O diferencial destas características gerenciais, neste momento de sua construção, é a presença da sociedade como colaboradora da gestão em saúde, e não o ingresso de entidades do Terceiro Setor denominadas Organizações Sociais de caráter complementar ao poder público, a gestão se mantém pública e a sociedade participa através de um conselho social regulamentado.

Dentre as principais responsabilidades do Conselho Municipal de Saúde, é importante ressaltar que estas eles devem: Controlar o dinheiro da saúde; Acompanhar as verbas que chegam pelo SUS e os repasses de programas federais; Participar da elaboração das metas para a saúde; Controlar a execução das ações na saúde; Se reunir pelo menos uma vez por mês.

O Conselho pode ser um instrumento para estes fins, já que planos, programas, projetos, relatórios financeiros, entre outros, têm que passar pela sua aprovação. Consolidando assim sua importância como um espaço que não pode ser desprezado numa realidade como a brasileira onde o que é público é tratado com descaso, os recursos para as políticas sociais são escassos e o controle sobre estes ainda, na sua maioria, está nas mãos dos gestores, e em muitas situações estão sendo tratados com sigilo como se fossem privados.

#### 4.4 O MUNICÍPIO DE SERRA E SUAS TRANSFORMAÇÕES

O processo de transformação industrial e urbana pelo qual passou o ES afetou de forma significativa o município da Serra, sendo uma das cidades que mais recebeu pessoas desse movimento migratório.

Frente a esse grande processo de transição populacional, ressalta-se a capacidade de atração que o município de Serra apresentou, visto que tal ocorrência se deu principalmente às iniciativas tomadas pela Superintendência de Projetos de Polarização Industrial (SUPPIN), com a instalação do Centro Industrial Metropolitano de Vitória (CIVIT I e CIVIT II)<sup>9</sup>, que fizeram da cidade um pólo de desenvolvimento industrial em condições de receber novas instalações industriais, comerciais e de prestadores de serviços, além dos grandes projetos que se instalaram na região. Conforme dados do IBGE foram instaladas no município do início da década de 80 a

---

<sup>9</sup> O CIVIT foi iniciado na administração do então governador Christiano Dias Lopes, dentro das diretrizes traçadas pela SUPPIN e BANDES, com o objetivo de atrair empresas que ali quisessem construir galpões industriais ou de serviços. Para tanto, a essas empresas eram oferecidos módulos a preços subsidiados e com ótimas condições de pagamento; além de crédito facilitado pelos organismos financeiros (estadual e federal) e isenção de impostos por um período determinado (BORGES, 1998, p. 201).

meados da década de 90, um total de 1937 (um mil novecentas e trinta e sete) empresas.

O município que até 1960 tinha aproximadamente 9.200 habitantes distribuídos nos seus vários distritos e em duas vilas principais: a sede do município e Nova Almeida, que viviam isoladamente entre si e da capital do Estado, atingiu em 1970, a soma de 17.286 habitantes. Vinte anos após, em 1990, esse número passou para 221.573 habitantes. A tendência de crescimento populacional acompanhou o município ao longo da década de 1990. No período de 1991 a 2000 a cidade recebeu um contingente de migrantes que atingiu um total de 43.029 pessoas, ou seja, 16% de sua população em 1996. De uma população predominantemente rural (53,83%) na década de 1970, a Serra chega aos anos 1980 com uma população urbana de 97,25% (PETRI, 2008).

Atualmente é essencialmente urbana a população de Serra, pois 99% de sua população estão situados em meio urbano, sendo sua base econômica também essencialmente urbana. Conforme os dados do ano de 2004, em tamanho absoluto, o PIB (18,91%) municipal é o segundo maior dentre os municípios capixabas, sendo superado apenas por Vitória (28,88%). A composição setorial do PIB evidencia que o setor industrial representa 64,10% da renda gerada no município e o setor terciário (comércio e serviços) 35,78%, sendo inexpressiva (0,12%) a participação do setor agropecuário (PETRI, 2008).

O município de Serra viveu um processo de industrialização acelerado que provocou um rápido crescimento de sua população sem as condições básicas de sua sobrevivência, como: saneamento básico, água, energia elétrica, moradia, educação, saúde, infra-estrutura de serviços urbanos, como transporte e outros. Além desses problemas e/ ou também como conseqüência destes problemas, outros se somaram, como o aumento dos índices de violência urbana (de todos os tipos), desemprego, altos índices de mortalidade infantil etc. A saída em termos de moradia para os vários “novos” habitantes do município foi à ocupação de “áreas verdes”, em locais sem iluminação, água encanada, esgoto tratado, nas regiões periféricas do município (PETRI, 2008).

O contexto em que vivia o município da Serra no final da década de 80 e início da década de 90 foi marcado por uma crise econômica, política e social provocada pelas mudanças no padrão de acumulação capitalista. Tais mudanças estão relacionadas às transformações que passou o capitalismo em nível mundial e, que por sua vez interferem na economia nacional.

Conforme Miranda (1984), a família Castelo exerceu forte dominação sobre o município da Serra desde o século XIX, passando a partir de 1910, a dividir esta hegemonia com a família Miguel. Revezando-se no controle dos poderes executivo e legislativo do município. Esta poderosa oligarquia que exerceu o poder político no município por mais de três décadas e que estendeu seus lastros até os fins dos anos 1990, disputou a autoria de poder, e teve dificuldade para implantar projetos de modernização no município (SERPA, 1990).

No caso do município de Serra o movimento popular e, em particular o movimento das associações de moradores, a emergência de partidos de esquerda, mais afinados com o projeto de luta das classes populares, e um conjunto de mediações, tiveram um importante papel na mudança e no rumo que o poder local assumiu no município no final da década de 1990.

De acordo com Carlos (2003), o debate sobre a história dos movimentos populares do município da Serra é imprescindível à compreensão de seu atual nível de organização e coesão. Um movimento popular que mesmo envolto a um ambiente de forças políticas adversas conseguiu sobreviver, fortalecendo-se com os obstáculos e atuando como ator na construção de um novo cenário político no município. Esta análise é relevante na medida em que nos aponta a influência que o movimento popular, concedeu ao processo de implementação de mecanismos de gestão democráticos como os Conselhos Gestores, orçamento participativo, dentre outros.

Cabe ressaltar que a análise sobre os movimentos populares é bastante ampla. No município da Serra, os movimentos populares foram caracterizados principalmente pelo movimento das associações de moradores e que mais tarde deu origem à

Federação das Associações de Moradores (FAMS), um dos mais importantes atores deste processo (FERREIRA, 2006).

O movimento popular de Serra viveu diferentes momentos em sua trajetória. O momento do confronto direto e intenso com o prefeito, em que o movimento se articulou em torno da federação para enfrentar o *Estado autoritário e inimigo*. Foram experiências diferentes, incompatíveis em certo sentido, mas nenhuma delas permitiu uma participação mais profunda no poder local. Este processo se constituiu de inúmeras e pequenas experiências nos bairros, dando origem a um conjunto de significados, “[...] a um saber que está na base da ação coletiva” (SERPA, 1990, p. 110).

Com a criação da FAMS o movimento popular em Serra ganha força, organização e inaugura uma nova fase deixando de ser apenas reivindicatório, passando a ser também propositivo. Esta fase, em consonância com as análises sobre os movimentos populares ocorridos no Brasil ao longo dos anos 70, aponta para uma mudança qualitativa nos movimentos populares, onde pouco a pouco, no interior de suas práticas cotidianas, elaboraram valores cujo significado consistiu, em última análise, em inscrever as carências no plano dos direitos.

Assim, as propostas de participação social e popular, descentralização e transparência administrativa ganham fôlego junto ao movimento popular na Serra. Tais propostas foram também encabeçadas pelo recém criado PT.

Carlos (2003) defende que no município de Serra foi imprescindível para o avanço da participação popular na gestão da coisa pública, o papel do executivo frente a esses movimentos, ou seja, os prefeitos com perfil mais democrático possibilitaram avanços nos arranjos institucionais dando espaço à participação popular.

#### 4.5 OS CONSELHOS MUNICIPAIS E O CONSELHO GESTOR HOSPITALAR

A partir da Constituição de 1988, dentro do processo de descentralização das políticas públicas, empreendeu-se, por parte dos governos municipais, a criação de

vários conselhos. Dado que o repasse de algumas verbas federais estava condicionado à existência de conselhos setoriais com a finalidade de exercerem o controle social na aplicação dos recursos das políticas, os governos foram incentivados a criarem tais mecanismos de gestão (PRETI, 2008).

Os Conselhos Municipais são definidos, de maneira geral, como mecanismos de discussão, normatização, proposição e deliberação de políticas para as diversas áreas temáticas da cidade como saúde, educação, segurança, meio ambiente e outras. Além dos conselhos gestores e/ou de políticas, outros conselhos emergem neste contexto como os conselhos de direito – Criança e Adolescente, Idoso, Conselho Tutelar (PETRI, 2008).

O município de Serra em meados de 1997, contava com 10 (dez) conselhos legalizados e funcionando. Esses 10 conselhos estavam limitados à instituição de normas, exercendo apenas seu caráter normativo, principalmente os Conselhos de Saúde e de Educação, que se mantinham para garantir repasses de verbas federais. No entanto, isso não significava discussão política e avanços relacionados à política em questão (PETRI, 2008).

No tocante à composição destes conselhos, todos contam com representação da sociedade civil organizada, dos poderes públicos e alguns com representação de prestadores de serviços. Há representação paritária na maioria deles, no entanto, as decisões são tomadas, na maioria dos casos, pelo consenso. As presidências de alguns conselhos passam pelo processo de eleição, outras são ocupadas automaticamente pelo Poder Público Executivo (PETRI, 2008).

Refletir sobre o papel que esses espaços democráticos exercem principalmente os conselhos, têm minimizado os conflitos entre a sociedade e os gestores públicos. Atualmente, eles são os mediadores da relação entre o poder público e as organizações sociais. A cultura da reivindicação no município de Serra tem sido substituída pelo trabalho desses espaços teoricamente democráticos, uma vez que a sociedade se sente representada, deixando de lado os questionamentos e reivindicações. Em paralelo, as decisões da administração pública acabam sendo referendadas pelos conselhos (PETRI, 2008).

Isso permite aos movimentos populares uma reflexão acerca do papel dos conselhos. De forma que as discussões ocorrem como estão posicionados no tocante às intervenções necessárias para a garantia do que é melhor para o município. Destacam-se algumas questões importantes acerca desse mecanismo de democracia instituído no município de Serra quanto a pontos fortes e pontos fracos:

Pontos fortes e oportunidades:

- Possibilitam a ampliação dos espaços de discussão e diálogo e, conseqüentemente, a construção de uma esfera pública;
- Permitem a inserção da sociedade nas discussões de diversas áreas da cidade, bem como o conhecimento da realidade local;
- Reconhecimento da participação como importante mecanismo na gestão de políticas públicas;

Pontos fracos e ameaças

- Formato da composição interna da representação, normalmente decidida e legitimidade das decisões, pois nem sempre consegue expressar os interesses de toda a coletividade, alvo dessas mesmas decisões;
- Minimizam as ações de enfrentamento da sociedade junto aos poderes públicos;
- Referendam as decisões que são tomadas e as ações da Administração, como sendo de decisão popular;
- Servem de espaço de disputa político partidário e de barganha junto aos administradores;
- Reúnem-se em horários que atendem às necessidades do poder público, dificultando a participação de representantes da sociedade civil organizada;
- Contribuem com a segmentação da discussão, pois estão organizados dentro de um referencial de especializações em políticas específicas;
- Mantêm um padrão de funcionamento extremamente rígido e burocratizado.

Ao conhecer o contexto histórico, econômico, social e político do município de Serra, compreende-se a importância que os partidos políticos tiveram e ainda têm no desenvolvimento de elementos essenciais ao processo democrático. Neste município a participação dos partidos se deu de forma bastante expressiva e trouxe

grandes contribuições para a construção de uma nova institucionalidade política. Poderíamos afirmar que desde a sua gênese até a sua conformação atual, os partidos estiveram presentes na história dos movimentos populares municipais.

Num primeiro momento, face ao regime autoritário ditatorial, os partidos não puderam aparecer enquanto partidos políticos constituídos, estes se organizavam de maneira clandestina. Os atores destes partidos estavam presentes em organizações populares e religiosas e posteriormente se constituíram organicamente como partidos. Assim, contribuíram para que a sociedade se organizasse e assumisse o papel de sujeito social.

Esse engajamento dos partidos de esquerda, principalmente o PT e posteriormente outros na luta pela melhoria da qualidade de vida no município de Serra impulsionou e intensificou a participação da sociedade na vida política da cidade. Isso foi fundamental para os avanços e as conquistas populares ao longo de tantos anos.

No entanto, é importante destacar que, a grande maioria das lideranças populares que eram comprometidas com as questões políticas da cidade, também eram organicamente ligadas a um partido político, na sua grande maioria, a partidos de esquerda. Esse fato sempre foi presente na Serra, logo em todas as ações e ocupação de espaços de poder, os partidos, implícita ou explicitamente se apresentam fortemente presentes.

Com o ingresso à prefeitura municipal de políticos engajados em alianças partidárias de esquerda, em 1997, os partidos que movimentavam as lideranças populares numa perspectiva de reivindicação de direitos sociais, manifestações de rua e outras, começaram a adotar um comportamento diferenciado, redefinindo suas ações por meio da ocupação de cargos de confiança na administração pública local. Aponta-se que a partir daí houve uma gradativa desagregação das redes movimentalistas locais, com sensível decréscimo do volume de reivindicações de ação-direta e estímulo ao desempenho ativo-propositivo, especialmente no que se refere à oxigenação dos aparatos político-administrativos (LAURELL, 1995).

Ao analisar o Conselho Gestor que atua no HDDS, quanto à maneira que deve ser reconhecido como mecanismos de discussão, normatização, proposição e deliberação a respeito das políticas públicas, nota-se que há ações e estratégias a serem implementadas, bem como uma grande necessidade de articulação e integração entre o poder público e o movimento popular se seu diversos segmentos da sociedade municipal.

Frente a este perfil de luta municipal, e descrito no Regimento Interno o conselho gestor possui dentre suas competências para o HDDS:

- Tomar conhecimento da realidade do bairro e do trabalho da unidade de saúde;
- Organizar os serviços de saúde atendendo às necessidades prioritárias dos usuários;
- Discutir com a população usuária, a administração e os trabalhadores de saúde da unidade um plano de trabalho, decidindo as prioridades e ações que serão desenvolvidas;
- Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços e as ações de saúde prestada a população;
- Propor medidas para aperfeiçoar o planejamento, organização, avaliação e controle das ações e serviços da unidade;
- Encaminhar e manifestar-se sobre propostas, denúncias e queixas encaminhadas por trabalhadores de saúde, pessoas e entidades;
- Incentivar a população a utilizar os serviços públicos de saúde;
- Proceder ao encaminhamento e execução de todas as providências, recomendações e decisões apreciadas pelo Conselho Municipal de Saúde;
- Aprovar o Regimento Interno do Conselho Gestor, respeitando as deliberações do Conselho Municipal de Saúde

Com relação às diretrizes do funcionamento do Conselho Gestor no HDDS descritas no Regimento interno, vale ressaltar que:

- Devem se reunir ordinariamente, uma vez por mês, podendo ser convocado, extraordinariamente;

- As reuniões serão amplas e previamente divulgadas, abertas a todos os interessados, com direito a voz;
- O Hospital será responsável por eventuais despesas que viabilizam o acesso às atividades do Conselho Gestor;
- O Hospital proporcionará ao Conselho as condições para seu pleno funcionamento;
- É vetado qualquer tipo de remuneração aos membros do Conselho Gestor, cujas atividades são consideradas de relevância pública.

Frente ao exposto, em torno do tema Controle Social e Colegiado de Gestão, e a percepção da atuação dos gerentes e do conselho gestor do HDDS vem sendo desenvolvido principalmente no campo das ciências sociais, sendo que o centro destas é o cumprimento da Constituição Federal na essência. Tais diferenças podem ser explicadas tanto pelas teorias que deram sustentação ao tema até o momento abordado, quanto pelos estudos empíricos, que marcaram diferentes épocas e territórios.

A satisfação do usuário é o resultado de antecipar e separar suas necessidades e expectativas deve ser a razão de toda organização do conselho gestor inserido no ambiente hospitalar. A população de hoje, como resultado do próprio processo democrático do país, vem valorizando a saúde como um bem essencial, contribuindo para que a atenção à saúde seja entendida como direito humano básico e universal, assim, cada vez mais, as pessoas estão procurando um atendimento não só acessível, mas também pertinente e de qualidade, tanto nos campos técnicos quanto no campo humano e, conseqüentemente, com os critérios de justiça e equidade conformam seus direitos e expectativas de saúde.

Por isso é de grande relevância a reflexão sobre as formas de superar os problemas que dificultam a participação e atuação do controle social, já que se objetiva uma cultura que se alcance o valor comum e o cultivo de direitos e deveres como ingredientes das relações sociais, presente em todas as formas de convivência para assim se reproduzir e multiplicar, no propósito de se fortalecer, as políticas sociais.

## 5 ATRIBUTOS OU HABILIDADES NA GESTÃO EM SAÚDE

Este capítulo correspondente à caracterização dos gestores em saúde e dos conselheiros sociais, suas percepções quanto à motivação e atuação no processo de gestão hospitalar para o Hospital Estadual Doutor Dório Silva.

Para tal construção foram utilizados os fragmentos das falas mais significativas dos depoentes que participaram da gestão do HDDS desde o segundo semestre de 2013 até o segundo semestre de 2014. Esta análise teve como apoio teórico as tendências de Meihy (2005), que nos convida a refletir sobre a vida, e pelo fato desta não ser o que se viveu, e sim o que se recorda acentuada pela forma de contá-la, ou seja, a construção e transformação permanente em conexão com outras histórias apresentam as intenções e as potencialidades, que por sua vez subsidiará a identificação dos desafios quanto à gestão seus atributos, habilidades e os caminhos da comunicação entre esses atores.

### 5.1 QUEM SÃO OS DEPOENTES?

Os depoentes desta pesquisa representam interesses diferentes no âmbito do conselho, uns representam a sociedade civil organizada e outros representam o Estado enquanto estrutura. Durante o texto a identificação seguiu as seguintes diretrizes: para os conselheiros sociais utilizou-se a letra C, já os gerentes do colegiado de gestão foram identificados pela letra G, e a sequência da coleta dos depoimentos norteou a identificação numérica.

Os representantes da sociedade civil, no colegiado do HDDS, têm prática na participação como, conselheiro no âmbito da saúde, e tem a tarefa de fiscalizar e deliberar as decisões do poder público. Já os gestores dos núcleos de trabalho hospitalar, são servidores públicos de natureza efetiva ou comissionada que estão nestes cargos por domínio técnico e indicação política.

Durante as análises documentais e o período da coleta de dados, que ocorreu entre o segundo semestre de 2013 ao segundo semestre de 2014, havia no HDDS 15

(quinze) gerentes de núcleos de trabalho, sendo que destes, 07 (sete) participaram da pesquisa. Quanto aos membros do conselho gestor que representam a sociedade civil, o grupo de conselheiros era de 11 (onze) membros, sendo que destes 03 (três) participaram da pesquisa.

Quanto ao sexo do grupo dos depoentes: no grupo de gestores 05 (cinco) mulheres e 02 (dois) homens; quanto aos conselheiros 02 (dois) homens e 01 (uma) mulher. Percebe-se que há um predomínio de mulheres no colegiado de gerentes do hospital, cerca de 70% são mulheres e 30% são homens. Em relação à formação prevalece entre os gestores a graduação em enfermagem. Em relação aos conselheiros identifica-se que 82% são do sexo masculino, e 18% do feminino, e quanto à formação acadêmica, todos têm ensino médio completo.

Em relação à capacitação, pela instituição, para o exercício da função, sabe-se que dos 07 gerentes que cederam seus depoimentos, apenas 01 não foi capacitado, já entre os conselheiros, nota-se que todos foram capacitados para a função de fiscalização das ações públicas.

Contudo, mesmo com a capacitação garantida pela instituição que o regulamenta, e também pelo HDDS na apresentação de seus serviços e trâmites, para alguns gerentes há um desconhecimento do processo por parte dos conselheiros, como é percebido na fala a seguir:

Nós temos que entender que o conselho gestor é um representante do controle social, essa é à base do funcionamento do conselho social hospitalar, então parte-se do princípio que os interesses da população devem ser defendidos junto à instituição e devem ser fiscalizados quanto à prestação dessa assistência. Um grande dificultador que a gente vê quanto ao conselho gestor do HDDS é a inexperiência deles em saúde, não se tem o conhecimento da legislação específica, e dos trâmites que a saúde pública necessita passar até que essa assistência chegue ao usuário **(G5)**.

Este depoimento reforça a importância na capacitação tanto de gerentes quanto de conselheiros quanto ao processo saúde-doença, bem como as regras e legislações que regem a administração da máquina pública, que por vezes apresentam prazos e necessidades incompatíveis com a urgência do quadro clínico do usuário ou a manutenção de um serviço.

Quanto ao tempo na função, percebe-se que os gerentes, em sua maioria, têm uma baixa rotatividade no exercício da função, isto ocorre devido ao perfil do cargo de gerentes, já que a maioria são servidores estatutários e não há limite de tempo estabelecido para esta ocupação. Já os conselheiros, pelas características inerentes a função, têm um prazo menor de permanência no conselho social, uma vez que o Decreto nº 5.839/2006 estabelece que o mandato dos conselheiros deva ter no máximo três anos. E no Regimento Interno do HDDS define que o mandato de um conselheiro deve ser de no máximo dois anos, podendo ser reeleito por um novo período.

A rotatividade do conselheiro inicialmente nos dá a impressão de um hiato no controle social do HDDS, porém se observarmos que a rotatividade implica em substituições recorrentes e que estes novos conselheiros são sempre capacitados para a função, isto contribui para ampliar o controle social, uma vez que no seio da sociedade haverá mais indivíduos capacitados e empoderados quanto ao exercício do controle social estabelecendo assim um ganho imensurável para a sociedade.

A permanência do gerente na função por um período prolongado nos dá inicialmente a impressão de domínio da função, porém se analisarmos que os mesmos não são capacitados com frequência inferimos que eles – os gerentes – tendem a ações de continuidade obsoletas, uma vez que as mudanças na regulamentação do controle social não são absorvidas pelos gerentes.

## 5.2 POR QUE SER UM CONSELHEIRO SOCIAL?

Quando os conselheiros foram estimulados a falar sobre sua motivação em participar do controle social e, sobre o modelo de gestão utilizado no HDDS, observa-se que a participação é movida pelo interesse na defesa da sociedade e o modelo reforça a democracia quando permite a participação da sociedade na gestão pública:

Escolhi participar deste conselho para poder somar e ajudar os usuários e servidores do hospital para compartilhar com essa nova gestão. Sou servidora desta unidade e sei que posso ajudar bastante, eu sou do conselho porque posso colaborar com o social **(C1)**.

Olha eu já milito na área da saúde há muito tempo, e tenho conhecimento das dificuldades e das barreiras que o usuário tem para ter acesso ao atendimento na área da saúde. E por eu ser do movimento popular, to dentro desse ramo, ta no meu sangue isso **(C2)**.

O que me motivou a estar aqui no conselho do hospital é saber que eu ajudo a fazer o controle público no hospitale o controle social. Eu já fui a anos do conselho e agora voltei, porque acho que o hospital esta precisando melhorar o seu controle das ações para melhorar o atendimento pra sociedade. Eu sei que posso ajudar no acesso e na transparência das ações sem deixar dúvida, e deixar mais rápido o atendimento aos serviços **(C3)**.

Vale ressaltar que os conselhos surgem como novo espaço de participação da sociedade civil na formulação e controle das políticas públicas. Sendo assim, os conselhos são de fundamental importância para novas formas de participação democrática, onde, a sociedade possa priorizar as suas necessidades, e acompanhar a gerência dos recursos públicos, fazendo com que, governo e sociedade civil participem de forma igualitária na definição das políticas públicas.

Ao analisar as colocações dos conselheiros fica evidente que esses espaços públicos privilegiados objetivam a participação popular, uma vez que, possuem suporte legal para atuarem no controle e gestão das políticas públicas.

Os conselhos foram instituídos pela Constituição Federal de 1988, como resposta ao conjunto de movimentos e lutas sociais que, em contraposição ao centralismo político e a concentração de poder características do período da Ditadura Militar, exigiam a descentralização do estado e o direito da participação política. Conselhos são espaços públicos privilegiados de efetivação da participação popular que possuem suporte legal para atuar na gestão e no controle social das políticas públicas (BRASIL, 2011, p. 161).

Embora haja diversos enfrentamentos no âmbito da saúde local, a participação no controle social na gestão pública garante aos cidadãos espaços para influir nas políticas públicas, além de possibilitar o acompanhamento, avaliação e a fiscalização das instituições públicas e organizações não governamentais, visando assegurar os interesses da sociedade.

É no momento da fiscalização e da deliberação que os conselheiros exercem o controle social efetivo, interferindo no direcionamento das políticas públicas locais, exigindo e promovendo a transparência e o uso adequado dos recursos públicos, constituindo assim importantes mecanismos de fortalecimento da cidadania.

Observa-se nos depoimentos uma predominância na defesa dos interesses institucionais por parte dos gerentes dos núcleos de trabalho do HDDS, sendo que um dos tópicos analisados foi sobre o modelo adotado e sua importância para se conquistar os resultados esperados, em conjunto com a importância da participação social na gestão do hospital e as motivações que o impulsionam. Os depoimentos a seguir reforçam o pensamento sobre a construção do modelo de gestão do HDDS:

O modelo é interessante sim, que junto com nós gerentes temos a participação social, sendo o controle social exercido pelos conselheiros. Eles fazem parte do processo como crescimento, e crítica, então eu acredito que tem que haver esse controle por parte da direção do hospital e do controle social para assim ajudar no desenvolvimento do Dório **(G6)**.

A minha opinião com relação ao modelo adotado é que é um modelo descentralizador, onde nós os gerentes, e todo o corpo de gerentes é uma extensão da direção, somos cargo de confiança, então temos essa missão de passar pra nossa direção as informações, cumprir as metas pré-determinadas, e apoiar ela em toda a sua evolução [...] Tentamos solucionar todos os problemas que surgem, essa é nossa verdadeira função aqui, apoiar a direção por sermos uma extensão dela mesma **(G1)**.

[...] a forma de gerenciamento do HDDS eu particularmente acho muito importante, nós somos um colegiado de gerentes muito unidos, temos reuniões frequentes e são levadas varias opiniões e discutidas junto com a direção e qualquer problema que é levantado nas reuniões é tirado uma opinião de todos os gerentes, chegado num consenso e assim à gente vai trabalhando juntamente com a direção, e a direção dá o seu aval final, se não ficar definido ali a gente marca uma nova reunião, mas tudo de comum acordo. É difícil ter o conselho gestor nas nossas reuniões, eles fazem as deles separado, mas quando eles estão acabam ajudando, mas também falam muitas coisas se saber como tem que funcionar direito **(G3)**.

Na verdade o modelo de gerenciamento atual foi previsto pelo organograma estadual em 96, então foi um perfil que adequou toda rede estadual de forma que o gerenciamento vai além das áreas técnicas. Que quer dizer, pra se ocupar um cargo de gerenciamento hoje no estado, não precisa ter uma competência técnica em saúde, no HDDS em especial nós temos isso bem moldado porque a grande maioria das gerencias do hospital são ocupados por servidores da rede e conhecedores de saúde pública e saúde coletiva **(G5)**.

Os depoimentos dos gerentes reforçam que o HDDS absorveu a proposta adotada pela SESA através do Programa de Aprimoramento Gerencial dos Hospitais Públicos de 1996 que prioriza a participação do controle social na gestão a autonomia institucional desde que se cumpra o Acordo de Resultados firmado entre os hospitais e a SESA e ainda entendem como um facilitador e diferencial para o processo de gestão.

Então isso é um facilitador, e um grande diferencial de funcionamento no processo de gestão, porque em outros hospitais da rede que conheço não há essa coesão de servidores efetivos da saúde, quando digo efetivo não é concursado, mas sim servidor de saúde, isso muitas vezes causa uns nós no processo de gestão e isso a gente não encontra no HDDS, embora o HDDS assim como os demais da rede terem o acesso ao mesmo modelo, aqui ele funciona muito mais redondo, pois possui um colegiado coeso, uma equipe que trabalha junto, no HDDS ele funciona **(G5)**.

No depoimento de um dos conselheiros é possível perceber elementos que também reforçam a adesão deles ao modelo de gestão colegiada, com participação ativa dos usuários.

Fazer valer o controle social não é fácil. Principalmente nessa posição do conselho gestor, porque nós temos um papel fiscalizador, deliberativo, mas é um papel também de contribuir, de ajudar a construir. E eu trabalho nessa linha, de primeiro procurar a construir, primeiro procurar resolver as coisas no diálogo, em reunião e fazendo isso com todos, debatendo com todos trazendo essas discussões pra dentro da sociedade civil. Então eu vejo assim, esse conselho gestor do HDDS, não por mim, mas quando avaliado por outros órgãos, como o conselho estadual de saúde, é considerado o conselho mais atuante do estado do Espírito Santo e também daqui do município **(C2)**.

A SESA funciona atualmente a partir da organização ditada pela Lei n.º 4.317, de 4 de janeiro de 1990 e, é o órgão central do Sistema Estadual de Saúde no âmbito do Governo do ES. Sendo que em março de 1996, com a proposta para melhoria da gestão hospitalar surgiu no seminário de Planejamento Estratégico a implantação de um novo modelo gerencial para a gestão dos hospitais, que privilegiasse a autonomia da administração local (SILVA; VASCONCELOS; MATHIAS, 1998).

Quanto ao Planejamento Estratégico da SESA, no que tange à gestão hospitalar, ficou estabelecido que fosse desenvolvido o projeto de autonomia dos hospitais, que, ao final, deveria conter um acordo para se estabelecer as regras e as condições para o alcance dessa autonomia.

Como a época estava sendo aplicado o Curso de Gestão Hospitalar para 45 (quarenta e cinco) servidores, dentre eles os diretores dos hospitais, desde novembro de 1995, em nível de pós-graduação, conduzido pela equipe do Laboratório de Planejamento do Departamento de Medicina Social da Universidade de Campinas – LAPA/UNICAMP foi negociado que ali seria o fórum adequado para

as discussões e a organização do projeto pela mesma equipe que vinha aplicando o curso (SILVA; VASCONCELOS; MATHIAS, 1998).

Observa-se então que após esse planejamento estratégico, ficou estabelecida a gestão colegiada para o modelo hospitalar no ES, que pressupõe uma amplitude nas responsabilidades do trabalhador diante de suas atividades, de modo proporcional e autônomo.

Esse modelo de gestão busca, também, aumentar os laços entre os trabalhadores e o seu próprio trabalho, mostrando a eles a importância desses para o cumprimento global da missão institucional e democratizando as tomadas de decisões. Não somente o poder será compartilhado, mas também a responsabilidade e os meios para a resolução dos problemas.

Os trabalhadores passam, assim, a ser reconhecidos, passam a ser valorizados como pessoas capazes de refletirem sobre os problemas de seu núcleo de trabalho, sugerem soluções e contribuem para execução, a partir de um processo constante de aprendizagem e crescimento pessoal. A valorização e o aprimoramento de cada trabalhador são considerados fundamentais para o desenvolvimento do compromisso individual. Logo, o que se percebe nas falas dos gerentes é uma concatenação de idéias e práticas coerentes com o cargo que ocupam, em conjunto com o controle social.

Se por um lado os representantes da sociedade civil valorizam no seu discurso a militância e a preocupação de estar combatendo e minimizando as desigualdades de acesso aos serviços de saúde, bem como o seu papel compartilhado na gestão do hospital no que tange a fiscalização e o controle das ações, de modo transparente com relação aos processos.

Por outro lado, os gerentes entendem que deles partem a responsabilidade de conduzir as tomadas de decisões, pois são atores que participam da construção da saúde no âmbito de seu núcleo de trabalho, e para muitos essa construção tem apenas dois interlocutores: o gerente e a direção.

Frente aos depoimentos da maioria dos gerentes, fica nítido que alguns não compreenderam o papel do controle social para a melhoria da gestão do HDDS, mesmo que sejam notáveis os avanços na gestão colegiada ainda existem raízes profundas do modelo verticalizado, burocratizado, sendo em muito lembrado com saudosismo pelo fato de não permitir questionamentos ou mesmo intervenções.

### 5.3 O CONTROLE SOCIAL E SEU DIÁLOGO NA GESTÃO

A expressão controle social surgiu no Brasil com o processo de redemocratização, principalmente com a institucionalização dos mecanismos de participação da sociedade nas políticas públicas materializada na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

Para Carvalho (1998, p. 8), "Controle social é expressão de uso recente, e corresponde a uma moderna compreensão de relação, estado e sociedade. Onde, cabe estabelecer prática de vigilância e controle". Para a autora, os conselhos são importantes por representarem os anseios da sociedade, que na maioria das vezes, encontra-se excluída e marginalizada.

Analisando as atas das reuniões do Conselho Gestor de 04 de junho, 30 de julho e 13 de agosto de 2014, observa-se que os gestores conferem prioridade em suas pautas de discussões a temas inerentes ao planejamento das ações de saúde, à socialização das informações sobre as questões administrativas que envolvem os trabalhadores, bem como os serviços ofertados pelo hospital:

Assuntos a serem discutidos pelos gestores: acolhimento de pacientes no ambulatório; visita técnica aos gerentes do hospital; levantamento de questões sobre o perfil do HDDS; deliberação para liberação de servidores para participar de assembléias; regulamentação do horário de atendimento ao paciente no setor de imagem; registro de ponto dos trabalhadores; fechamento do setor de pediatria.

Em relação à importância do controle social percebe-se no depoimento a seguir que os conselheiros têm espaços dentro do hospital que os legitimam permitindo que façam intervenções em defesa do usuário, inclusive em momentos de crise. E estes

depoimentos reforçam o conteúdo das atas e justificam que a inclusão dessa temática no colegiado de gerentes favorece a democratização da gestão, como explicitado no depoimento:

Então no mandado passado nós tivemos alguns avanços, conseguimos uma estrutura para o conselho, nem tinha sala, hoje nós temos sala, com computador, mesa, cadeira, ou seja, uma estrutura que dá pra gente trabalhar, e antes a gente não tinha nada disso. E dentro do hospital com alguns atendimentos e intervenções, impedimos que fechasse a pediatria, por exemplo. E nós trazemos pra dentro do conselho varias entidades instituições, entre elas o Ministério Público e a OAB, a gente faz essa pactuação pra gente se fortalecer e se entender, e assim estabelecer o controle social **(C2)**.

Sobre a conquista da sociedade em se firmar como parte integrante na defesa da cidadania, os conselheiros exercem seus deveres e seus direitos com relação à saúde, e compreendem seu papel na sociedade. Partindo desse pressuposto, um conselheiro ao ser questionado valoriza o trabalho realizado em prol do controle social e ressalta a importância do controle social, outro apesar de valorizar o controle social entende que existem limitações que dificultam os avanços:

[...] amo o que faço. O conselho não ganha nada, é voluntário, a gente não tem salário, não tem nenhum ganho com isso. E eu tenho feito um trabalho que eu considero que seja dos melhores, nós estamos entre os bons conselhos. Até porque pra conseguir manter uma estrutura e fazer com que a cartilha do usuário seja cumprida, não é fácil, então essas dificuldades esses desafios que nós temos nos levam a ter amor pela causa, a lutar pela saúde. E eu tenho me dedicado muito, praticamente umas 08 horas por dia, eu dedico aos interesses do usuário que são defendidos pelo conselho **(C1)**.

O conselho no controle social é um espaço muito importante, contudo no meu entender deveria trabalhar melhor, eu entendo que o conselho ainda deixa muito a desejar, ele fica muito limitado e acaba não fazendo o trabalho social de todo o município. Ele deveria estar ligado, trabalhar junto com os gestores dos hospitais e com o conselho estadual de saúde, mas estamos limitados, por isso eu entendo que precisamos avançar em muita coisa **(C3)**.

Alguns representantes dos gerentes de núcleos de trabalho, também entendem que a presença do conselho gestor junto à gestão do HDDS deveria ser em caráter de parceria, consolidado num trabalho interno de modo mais efetivo.

Bom o conselho gestor, é um conselho que assim eu acho que atua muito pouco aqui no hospital. No meu ponto de vista, pra mim o conselho gestor seria pra ajudar a nós gerentes aqui no hospital, e não é isso que eu vejo. Eu acho assim o conselho gestor ele tem trabalhado muito politicamente e

pouco nos ajudado aqui no hospital, eles atuam assim quando tem um problema pontual, eles vão lá e tentam resolver aquilo ali. Mas de maneira geral eu não vejo resolubilidade no conselho gestor **(G2)**.

A vinculação dos conselheiros ao Ministério Público muitas vezes se dá em função de que ambos defendem o acesso do usuário, contudo os trabalhadores, e os gerentes, compreendem a necessidade de defender os usuários e os serviços, porém são limitados em função das restrições administrativas demandadas pela SESA.

Segundo Shierholt (2008) existem algumas dificuldades para o funcionamento dos conselhos de saúde, entre elas: a falta de diversidade dos movimentos sociais e representações mais amplas; a baixa autonomia dos conselhos; a cultura autoritária e centralizadora das instituições; a burocratização das rotinas, contribuindo para o afastamento da população nos processos; a distância dos usuários das entidades e população que representam; e a baixa visibilidade dos conselhos.

Alguns gerentes do HDDS entendem a participação do conselheiro a partir de interesses políticos próprios que muitas vezes interferem na relação estabelecida entre os conselheiros os gerentes polarizando esta relação:

Há desconhecimento do 'processo saúde', não há defesa do interesse da comunidade, do controle social, existe interesses próprios, e não é assim que uma população deve ser estudada. Uma vez que as considerações devem ser baseadas no perfil epidemiológico. Infelizmente o conselho que é um órgão social, em minha opinião vem funcionando com um órgão político dentro do HDDS. Com relação às gerencias, durante todo o período que estou no cargo, eu nunca fui procurado pelo conselho gestor, seja para crítica, seja para sugestão, mas eu recebi enorme número de denúncias, provenientes do conselho gestor local que nunca me procurou. Então aquele órgão que deveria ser parceiro do processo em formação de saúde acabou virando um adversário, porque o tempo que eu deveria demandar prestando saúde, eu demandava ensinando saúde ao conselho gestor **(G5)**.

A participação do conselho gestor é assim, são pessoas que vêm de um mundo desconhecido, então elas não tem uma formação que a gente tem, e ai a gente observa neles que eles buscam auxílio de fazer uma representatividade de uma população que não conhece o que se passa aqui dentro. E eu acho importante a gente esta sendo transparentes com eles, porque eles buscam situações que querem resolver, por exemplo, eles passam perguntando 'ta tudo certo', 'a gente pode ajudar vocês', 'de que forma', 'a gente ta aqui pra ta apoiando vocês no serviço' **(G4)**.

Apesar deste depoente abaixo suavizar a relação de polaridade existente entre conselheiros e gerentes, de certa forma reforça que ela existe e vai mais além acrescentando que muitas vezes os conselheiros confundem a sua função utilizando medidas paternalistas para com alguns usuários:

Muitas vezes eles não sabem como fazer essa parte da abordagem, mas aí a gente vai com jeitinho buscando saber o interesse real da fala deles, para que seja esclarecido aquelas coisas que eles estejam necessitando [...] normalmente de 2 a 3 vezes por semana eu tenho pessoas do conselho gestor aqui no setor onde trabalho. Já teve pessoas do conselho gestor aqui que já falou o seguinte 'tem uma paciente que esta precisando pegar um ônibus' e o conselheiro levar essa paciente no ponto de ônibus, de levar uma senhora no consultório que fica mais longe, então nesse ponto, eles fazem isso aqui. Eles olham e falam, se eles identificam alguma dificuldade eles procuram a gente e fala, aí vamos ver o que esta acontecendo **(G4)**.

A maior parte das propostas encaminhada pelos conselheiros na visão dos gerentes transparece insegurança quanto o conhecimento do processo saúde-doença, e também sobre a formação acadêmica dos conselheiros.

Mas, para os conselheiros essa questão é entendida de formas diferente:

Outras barreiras é que algumas pessoas que estão no cargo de chefia, acham que porque ele é chefe, que ele é técnico que o conselho não é técnico, e que não tem competência **(C3)**.

Já outro gerente entende que a sua função enquanto técnico é de preparar os conselheiros para atuação no colegiado e coloca também que a transparência nas ações dos gerentes reflete positivamente na confiança entre as partes.

Por duas vezes eu fui chamada pelo conselho local para prestar esclarecimentos à sociedade, nas duas tirei 10 com louvor. Atendi e respondi todas as questões que foram colocadas a mim e a minha gerência. Então eu acho que tem que haver esse controle social presente em cada gerência, pois se você desempenha suas funções com ética e honestidade você não tem que temer esse controle, a gente tem que ser transparente mesmo, e da crítica vem o crescimento **(G6)**.

Se por um lado os conselheiros que também são usuários, reivindicam o conhecimento das necessidades para a população, por outro lado os gerentes e também trabalhadores, munidos do seu saber técnico, algumas vezes podem desconsiderar as demandas dos conselheiros, pois afirmam que estes não conseguiriam compreender as aplicações práticas e determinantes para a gestão.

Jara (1985) afirma que "o conhecimento deve ser socialmente construído e a sua reconstrução é uma ação coletiva que contém o individual." Não é um simples falar sobre a realidade, mas se faz necessário estruturar uma abordagem no intuito de transformar os dois saberes, na medida em que haja a própria transformação da realidade pelos seus atores e, que seja no âmbito técnico e social.

Com relação ao processo de educação, algumas das características estão relacionadas com o saber técnico e o saber popular, que mesmo sendo distintos, não são essencialmente opostos. Visto que no dia-a-dia a população desenvolve um saber popular que chega a ser considerável. Embora a este saber falte uma sistematização coletiva, nem por isso é destituído de validade e importância, entretanto não pode ser confundido com ignorância e desprezado como mera superstição. Quanto à abordagem do saber técnico em confronto com o saber popular, não pode haver um processo de domínio com imposições, pois a relação entre estes dois saberes não é baseada numa transmissão unidirecional, verticalizada e autoritária, mas deve ser uma relação de diálogo horizontal, bidirecional e democrática (PINTO, 1982).

Na busca por ações educativas a transformação do saber não é suficiente, logo se faz necessário uma transformação dos sujeitos do processo, isto é, tanto para os gerentes do HDDS quanto para o conselho gestor do hospital deve haver uma transformação técnica-social, a se buscar um processo diário e contínuo onde exista uma relação de busca e fracionamento dos saberes individuais e coletivos, técnicos e sociais, na intenção de dividir para multiplicar ao longo do processo.

#### 5.4 GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS E REFLEXÕES

Para produzir mudanças de práticas na gestão e no controle social, é fundamental dialogar com as concepções vigentes, problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto trabalho em cada equipe – e construir novos pactos de convivências que aproximam o usuário da gestão no âmbito do SUS. Não bastam novas informações, mesmo que essas sejam bem comunicadas, é preciso dividir para multiplicar e gerar assim crescimento substancial (CECCIM; FERLA, 2009).

Frente a isto, é fundamental questionar aos conselheiros e gerentes sobre os desafios de suas relações e suas reflexões sobre a efetivação do controle social no HDDS. A reflexão deste depoente é de valorização dos trabalhadores antigos da instituição, uma vez que refere a sua participação no colegiado como uma forma de ajudar uma direção recém nomeada.

Estou apenas a 02 meses nesse conselho aqui do hospital, eu sou funcionária sabe, sou servidora pública há mais de 15 anos e estou neste hospital à vida toda, já vi muita coisa aqui dentro, muita gente ajudando e muita gente atrapalhando, mas hoje eu estou aqui porque quero ajudar, essa direção é nova aqui no hospital, não conhece direito as coisas e toma algumas decisões sem nos passar, então nosso papel às vezes fica sendo mal interpretado, e temos que às vezes gritar pra sermos ouvidos, não deveria ser assim, são poucos os gerentes que entendem pra que estamos aqui **(C1)**.

Já em relação aos desafios a mesma depoente elege a integração entre os gestores, a direção e os conselheiros:

Eu quero interagir junto com os gestores e a diretoria, para melhoria dessa parceria pra fazer um controle social no nosso hospital [...] Eu gostaria de fazer um desafio, propor uma união entre essas duas classes, conselheiros mais gestores e a direção do hospital para tentarmos falar a mesma linguagem visando à melhoria para os usuários que são todos nós **(C1)**.

Para este depoente a defesa do controle social traz alguns desgastes e estereótipos tendenciosos aos interesses próprios, e por essa razão ainda é limitado quanto ao campo de atuação:

Veja bem, para se fazer o controle social hoje, a gente briga muito, fala muito, mas ele deixa muito desejar, geralmente as pessoas fazem e falam de controle social pensando no seu umbigo, é controle social querendo se de dar bem, é controle social negociando favores, é controle social pedindo atendimentos particulares e isso não é controle social. O próprio movimento popular, os sindicatos não ajudam a contribuir para esse controle social, então eu vejo que o controle social tem muito pra avançar e os gerentes do hospital também tem que ajudar nisso, porque ainda deixa muito a desejar **(C2)**.

O desafio segundo este depoimento é fazer com que a direção e os gerentes entendam que o acesso dos conselheiros a canais de gestão são para favorecer a informação, bem como o esclarecimento, mas em muito esse caminho não é bem interpretado:

Com relação à direção do hospital, a gente sente que eles não gostam que a gente sente pra conversar com eles, que a gente vá lá apurar as denúncias e depois leve para eles, eles querem primeiro que a gente vá na direção pra conversar, muitas vezes o setor, o local de trabalho nos pede e a gente vai na direção, mas costuma ter uma certa dificuldade com isso, com esse acesso. Nesse momento nós avançamos um pouco e não está tão difícil, nos avançamos pouco, mas agente sabe que é complicado, por isso que a gente tem que continuar lutando e mostrando o motivo de se ter na sociedade o controle das informações, porque só assim sabendo das coisas que se têm; como cobrar e também usar **(C2)**.

Este conselheiro entende que a base de suas ações está no cumprimento da cartilha do usuário e as dificuldades em cumpri-las passa por divergências com a direção que entende o processo como oposição a gestão:

As competências do conselho dizem tudo isso, que ele tem competência fiscalizadora, o gerente é profissional daquela área pra trabalhar naquela questão, naquela frente, mas o conselho tem a competência de fiscalizar o cumprimento da cartilha do usuário. Se está sendo cumprido dentro das regras e do tempo, se está sendo feito como determina as leis. Esse é o papel do conselho e pra isso o conselho tem competência. A gente tem esses obstáculos inclusive até com as direções, porque há muita mudança de direção aqui, mas a gente busca com a direção geral aqui e toda sua equipe as parcerias pra poder colocar todas essas barreiras e impedimentos de lado pra que o conselho avance. Eu entendo que se a direção do hospital parasse de se opor seria muito melhor, íamos poder contribuir muito mais **(C3)**.

Os desafios para este conselheiro, segundo seu depoimento, versam sobre a burocracia da administração pública que dificulta a relação entre os conselheiros e os representantes da gestão:

Os desafios que a gente enfrenta são muitos, a gente marca até reunião com o Secretário de Saúde pra resolver se aqui no HDDS à gente não consegue. Os embates são muitos, as questões são burocráticas demais, as barreiras são muitas, os gerentes não respeitam, não reconhecem que o conselho contribui para um controle social. A direção faz as coisas, passando por cima do conselho, esquecendo do nosso papel que é deliberativo, fiscalizador **(C3)**.

O mesmo conselheiro pontua também como desafio romper com a cultura da administração verticalizada, uma vez que em seu depoimento fica claro que muitas questões são definidas e depois encaminhadas para conhecimento dos conselheiros. Também fica explícito que os conselheiros não aceitam passivamente as mudanças, uma vez que recorrem a instâncias superiores para reconhecerem o efetivo controle social:

As coisas só chegam depois que acontecem, porque o conselho vai atrás, busca e cobra. O pessoal acha que as coisas podem ser feitas passando por cima do conselho. Mas, apesar das barreiras, dos obstáculos que nós temos, quando chega ao conhecimento do conselho que vai se implantar um atendimento, ou um serviço aqui no hospital, ou que vai acontecer alguma coisa, que eles já deliberaram, nós nos juntamos e vamos onde for necessário, pra que o conselho realmente represente e faça seu papel do controle social, de fiscalizar, de aprovar, de deliberar, de sugerir, essa é uma das grandes barreiras que temos **(C3)**.

Neste sentido observa-se que existem atribuições pertinentes aos conselheiros e aos gerentes do HDDS que remetem a conflitos no âmbito da democracia consultiva e a democracia participativa. Para Jacobi e Barbi (2007) é importante analisar os pressupostos da democracia nos conselhos que é classificada como consultiva a sociedade é consultada sobre proposta política previamente elaborada pelo poder público. Já na democracia participativa a proposta ou regulamentação de uma política pública é construída em conjunto com a sociedade

Isto implica dizer que sob o pressuposto da democracia consultiva exige-se dos conselheiros sociais do HDDS uma participação de caráter complementar, de natureza mais consultiva para as propostas elaboradas pelos gerentes do HDDS, e com relação aos pressupostos da democracia participativa pressupõe-se a participação direta de ambos no que tange as deliberações que envolvem as questões de acesso e serviços ofertados no HDDS a população.

A população brasileira tem assento cativo nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde, por isso a denominação controle social dada à participação da sociedade no SUS é tão vasta e, de grande importância. Embora haja conflitos e barreiras no controle social do HDDS, as conquistas não podem ser ignoradas, ou mesmo reduzidas por parte dos gestores, pois expressam a garantia de participação da população nas decisões da política de saúde, porém o exercício da democracia nesses espaços ainda é um aprendizado por parte dos conselheiros e dos gerentes do HDDS, ambos estão construindo esse espaço de exercício da democracia.

Merhy e Onocko (1997, p. 71-72) colocam que justamente o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram “Um dos grandes nós críticos das propostas que apostam na mudança do modelo técnico-assistencial em saúde no Brasil, que se tem mostrado comprometido com muitos

tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos”. Uma das características que dá ao SUS singularidade histórica e internacional é que, no Brasil, a participação popular não é para a avaliação do grau de satisfação com a atenção, mas para a cooperação na organização de programas de saúde. O controle social, no sistema de saúde brasileiro, se traduz em direito e dever da sociedade na participação em debates e na tomada de decisões sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde.

Campos (2003, p. 9) coloca que o trabalho das equipes e das organizações de saúde “[...] deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de se pensar em um contexto social e cultural”. Pensamento este que vai de encontro com alguns depoimentos de conselheiros e dos gerentes do HDDS, outros depoimentos principalmente nos segmentos dos gerentes se posicionam contrários ao entendimento ao autor.

Segundo este gerente a atuação do conselho gestor não precisa ser uma corrente, segundo o olhar do gerente, porém para se alcançar o crescimento desejável a visão compartilhada é muito importante:

O colegiado de gerentes do HDDS, na verdade é muito unido, se o conselho gestor local tivesse uma visão, não precisa ser igual ao colegiado de gerentes, mas se unificasse a visão com o colegiado de gerentes eu acho que muita coisa seria bem melhor para o hospital e para o usuário **(G3)**.

A necessidade de buscar a união das forças em favor do controle social emerge em diferentes momentos como podemos observar no depoimento abaixo pontuado como o principal desafio:

Talvez o maior desafio que tenhamos hoje pra o controle social seja fazer com que o conselho gestor esteja unido com os gerentes, andando junto pra favorecer o trabalho e o acesso da população **(G3)**.

A reflexão que o próximo depoimento traz é sobre as mudanças quanto ao que se espera dos servidores do HDDS no controle social, frente a sua participação no conselho:

Minha reflexão é que mudanças precisam ocorrer, e com alguns funcionários do hospital fazendo parte do conselho gestor do hospital, o esperado é que nós tenhamos servidores empenhados no processo de desenvolvimento da saúde, fica mais fácil esse próprio conselho se articular quando eu tenho pessoas conhecedoras e formadoras de opinião sobre os

assuntos afins, pouparia muitas vezes, pois muitas situações poderiam ser explicadas até mesmo dentro do próprio conselho **(G5)**.

Para que os trabalhadores atuem no sentido de materializar as mudanças inerentes quanto à participação do usuário no conselho, é importante que haja mudanças no modelo técnico-assistencial do Brasil, visto que o modelo que se apresenta é frágil, pois o elo mais forte ainda é o saber técnico que os trabalhadores se elevam, de tal forma que dificultam a interferência do usuário na gestão (MERHY; ONOCKO, 1997).

Novamente emerge como o desafio para a construção de um controle social efetivo, o rompimento com os interesses políticos por parte dos conselheiros e a construção de uma parceria que supera a relação de polaridade entre os membros do conselho gestor do HDDS:

A formação do conselho gestor para a sociedade deve ser sem interesse político; e sim voltada ao controle social, pois assim se tem um resultado final melhor. A questão de ligar o conselho gestor ao colegiado de gerentes é fundamental, pois se os dois não estiverem juntos, como parceiros do processo, você não consegue fazer saúde. Não se pode entender que o controle social é um adversário do processo institucional, pois ele vem pra somar o processo de gestão, então se ele não se aproximar e discutir junto ao colegiado as questões específicas nós teremos mais um inimigo, mais um entrave e quem será atingido será o usuário **(G5)**.

No depoimento deste gerente está explícito o saudosismo em relação às mudanças que vem ocorrendo no perfil assistencial do HDDS e, entende que a solução para traçar um novo perfil assistencial que retrate a qualidade a atenção à saúde, que o hospital sempre teve, depende da atuação do controle social somando forças e sendo uma ferramenta de luta

Eu acho que o controle social tem que tentar somar e não ficar só criticando também, ele tem que somar esforços, ser mais uma ferramenta de luta pra gente angariar mais recursos, pra gente crescer, pra esse hospital ressurgir das cinzas, como a fênix da mitologia, eu acho que a gente esta na hora de somar esforços, não de criticar e por em xeque algumas condutas passadas focar no futuro e todos juntos tentar fazer desse hospital o que ele era, uma referência em saúde **(G6)**.

Em nosso país, o setor da saúde vem sendo submetido a um significativo processo de reforma, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento pela Reforma Sanitária,

bem como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido da mudança, visto que há áreas de concentração e saber, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O controle social não pode se contrapor à autonomia das instituições, tão pouco essa autonomia não pode implicar independência das políticas públicas ou a desobrigação de prestar contas sobre a forma com que respondem aos interesses públicos e à tarefa social de formar as novas gerações de profissionais. Embora os gerentes do HDDS se apresentem como um grupo coeso, no colegiado as divergências aparecem e fazem parte de um processo de amadurecimento deste grupo.

Em alguns depoimentos fica claro que os gerentes entendem que a atuação dos conselheiros atrapalha o desenvolvimento dos serviços de saúde no hospital, uma vez que a participação nas tomadas de decisões são feitas isoladamente contrariando todos os fundamentos teóricos que alicerçam o controle social na saúde.

O papel de constatar a realidade e de produzir sentidos ao serviço prestado atualmente pelos gerentes em cada núcleo de trabalho deve ser disseminado junto aos conselheiros, uma vez que para a área da saúde, o trabalho é estruturado junto ao processo do saber e da escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante para a qualidade da resposta assistencial.

Os processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade técnica-científica, social e ética do cuidado, do tratamento ou do acompanhamento em saúde. Portanto a gestão em saúde requer que haja um processo permanente de educação e avaliação para que os atores se reconheçam e desenvolvam seus papéis de forma autônoma, mas integrada no intuito de somar os esforços em favor do usuário que depende direta ou indiretamente dos serviços prestados pelo hospital (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para Merhy e Onocko (1997), não se pode admitir ou propor a captura do trabalho em saúde pela lógica dos saberes técnicos e práticos expressos nos equipamentos e técnicas descritas em protocolos. Sendo assim não é fator determinante para a atuação do controle social a apresentação de um diploma, ou curso de graduação e especialização para se consolidar a sociedade como capaz de atuar de modo coordenado no processo de avaliação e construções na gestão em saúde.

Cabe aos gestores do HDDS garantir que o controle social tenha espaço para sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde, e construir significados e práticas mediante a participação ativa e passiva entre os membros do colegiado do HDDS. Por conseguinte cabe ao conselho gestor o papel de fiscalizar e deliberar, bem como auxiliar na consolidação da assistência a saúde e na gestão com qualidade e eficiência em favor dos usuários.

De acordo com os fragmentos apresentados, a qualidade no serviço de saúde no âmbito da gestão deve ser constantemente aperfeiçoada, tornando-se alvo constante dos esforços dos diversos atores envolvidos neste contexto, tendo em vista a maior satisfação dos que necessitam dos serviços do HDDS. Entretanto, em torno do conceito de qualidade e eficiência do processo de gestão em saúde, existem grandes debates que sinalizam para o desafio de estabelecer significado para um conceito no qual se encontram conselheiros sociais e gestores públicos inseridos, que é a necessidade de alinhamento conceitual entre abas as categorias no propósito de melhorar a comunicação e desenvolver a proposta do compartilhamento de responsabilidades, sem que haja culpados ou qualificados, mas antes se tenha envolvidos e habilitados.

## 6 CONCLUSÕES

Este estudo consistiu na análise da atuação do conselho gestor e do colegiado de gestão do Hospital Estadual Doutor Dório Silva no âmbito do controle social, a fim de se posicionar quanto a um dialogo possível entre essas categorias. Buscou-se compreender como o setor de saúde vem sendo submetido a um significativo processo de reforma, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento pela Reforma Sanitária, bem como para a concretização do SUS.

O processo de construção desta pesquisa foi realizado através da investigação pautada em três objetivos elaborados no intuito de relatar a experiência e a evolução do controle social na gestão do hospital analisado; bem como apontar as transformações ocorridas no modelo de gestão e, por fim discutir as contribuições do conselho gestor nas transformações do modelo de gestão do HDDS. Sendo que o estudo revelou que o modelo adotado é eficiente a realidade, contudo precisa ser sistematizado no intuito de construir pontes, a fim de compartilhar e interligar os saberes as práticas do contexto social ao gerencial e vice e versa.

A despeito dos objetivos propostos a esta dissertação, saliento que permanecem algumas lacunas a respeito desta temática, em função de diversos fatores como a complexidade dos atores, a abrangência da análise, o momento político e financeiro vivenciado pelo Estado. Visto que o sistema de saúde público vem assumindo seu papel na orientação das estratégias, na busca por acompanhar o usuário individual e coletivamente, contudo faz-se necessário uma sistematização das estratégias entre o controle social e as instituições de saúde.

Se pensarmos no hospital como uma estação na qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em diferentes momentos de suas vidas, o quadro indica um desenho que objetiva a integralidade do trabalho em saúde com a participação social, já que se busca acompanhar singularmente a cada usuário respeitando suas experiências, de modo a se fazer a gestão hospitalar de forma compartilhada a partir dos eixos institucional e social.

Neste contexto foi adotada uma proposta metodológica que segue os padrões clássicos quanto à produção científica no campo da história oral, no que tange a área de saúde e se relaciona as práticas sociais, sendo assim possível abordar junto aos conselheiros sociais e ao colegiado de gestão do HDDS de modo a buscar, uma sistematização dos fatos para se ampliar os conhecimentos nos processos de gestão em saúde, de modo a produzir novos conhecimentos através dos depoimentos coletados.

Sob esse enfoque, reafirmo a necessidade inexorável de rever e avaliar constantemente a direção gerencial assumida pelos gerentes e também pela atuação da sociedade no conselho gestor. Não se pode admitir que frustrações com a organização do controle social e a gestão hospitalar nacionais, e neste caso no HDDS reduzam as expectativas em relação a uma gestão compartilhada eficiente.

É preciso atuar segundo a noção de que a história não acabou e, se as regras pré-estabelecidas não resolveram os problemas do mundo e do Brasil – mesmo porque não se tenha proposto a isso –, há um longo caminho a percorrer, tendo em vista a construção de novas ações sociais e políticas, a fim de ampliar a atuação e a supervisão dos serviços prestados à sociedade pela máquina pública.

A literatura utilizada foi de imensurável apoio na construção do conhecimento e das bases científicas nas discussões sobre as noções de política social participativa, a atuação do conselho gestor no âmbito da saúde; a descentralização dos serviços de saúde; o programa de gestão compartilhada e o planejamento estratégico estadual, bem como na interpretação dos depoimentos e decisões dos conselheiros e gerentes, tornando assim mais crítica a análise e de grande valor acadêmico.

Ainda particularizando a escolha da abordagem, entendi como vital tratar desta temática porque faço parte do colegiado de gerentes do HDDS desde o ano de 2010 e por perceber que dentre os demais hospitais estaduais, o conselho gestor do HDDS sempre foi muito atuante na mediação de interesses e conflitos entre os usuários e os gerentes.

Suscitei tal interesse pelos constantes enfrentamentos nas reuniões do colegiado de gestão do HDDS entre os gerentes e os conselheiros sociais, por vezes na busca de uma mesma resposta, contudo sob óticas diferentes. Por conseguinte, objetivando uma construção coerente escolhi colher depoimentos destes atores a fim de construir um saber, amparado numa metodologia de história oral e nas políticas que consolidam a participação social estreitando-se à realidade estadual.

Após concatenar as idéias junto ao embasamento bibliográfico foi construído um eixo estruturante para os depoimentos em três classes para análise. Para fim de elencar a motivação da participação do conselho gestor frente ao modelo adotado pelo HDDS, bem como à percepção dos conselheiros e gestores a respeito do controle social no hospital e as tomadas de decisões. E por fim houve a análise dos desafios e as reflexões dos conselheiros no âmbito do colegiado de gerentes do hospital a respeito do controle social e da gestão do HDDS.

Os resultados apontam que, por hora a legitimação do controle social no HDDS ainda é tímida, visto que não ficou evidente nos depoimentos dos gerentes a atuação compartilhada na construção de saberes, na tomada de decisão, na aplicação e avaliação das ações hospitalares de interesse público. Em contrapartida, para muitos gerentes o saber destes conselheiros sociais é muito limitado e, por vezes incapacitante para as atribuições de fiscalização, planejamento, deliberação e execução dos serviços públicos ofertados no hospital.

Portanto se estabelece um hiato entre aqueles que deveriam atuar de forma compartilhada, já que são atores de uma mesma causa. Com relação ao conselho gestor ficou evidente que possui um papel significativo dessa construção, contudo ainda encontra-se distante de assumir de forma relevante sua finalidade no controle social, pois ainda atuam de forma isolada, sem parceria com a instituição local.

Contudo o colegiado de gestão do hospital também não apresentou, de forma relevante, um interesse em se construir uma parceria com o conselho gestor a fim de se ampliar as atividades, melhorias e qualificar as lutas e conquistas em prol da instituição e para atender melhor o usuário. Ambos têm atuações complementares, embora os depoimentos tenham mostrado uma tendência a segregar os envolvidos.

Após as análises nota-se que é preciso rever o modelo de gestão o hospital. Apesar de apresentar índices de produtividade e economia em algumas áreas, se faz necessário organizar uma gestão equilibrada entre o colegiado de gestão e o conselho gestor para que a sociedade também desenvolva junto ao servidor mecanismos para o bom funcionamento do HDDS.

Um modelo ideal de gestão é a junção de um trabalho, isto é, que seja desenvolvido junto e compartilhado entre os gestores e o conselho social, uma função que seja organizada, sistemática e de importância para o hospital e para os usuários que exija a atuação e construção de ambos os atores. Algo que envolva a função de organizar e mediar à política de saúde do hospital junto ao trabalho em saúde desenvolvido entre os membros do colegiado de gestão e os conselheiros. Além disso, a gestão de saúde precisa estar voltada para o hospital e não para interesses ou valores individuais ou de categorias pré-determinadas.

Como perspectiva para futuras pesquisas, entende-se que uma ferramenta como a gestão em saúde, implica em reunir e analisar mais informações sobre as condições em que ocorre nas organizações, de modo que melhorias possíveis que se somariam a esta pesquisa poderiam ser direcionadas para a busca e análise de indicadores que possibilitem uma análise mais específica dos resultados, tais como comparações com os dados obtidos a partir das ferramentas compatíveis com os processos de gestão de qualidade.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
- ALMEIDA, P. R. Dossiê de História Oral: uma breve apresentação. **Revista de história e estudos culturais**. v.2, Ano II, n.2, abril/maio/junho, 2005.
- ARRETCHE, M. T. S. **Estado federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan, 2000.
- BANCK, G. **Dilemas e símbolos**: estudos sobre a cultura política do Espírito Santo. Cadernos de História. Vitória: IHGES, 1998, Nº 13.
- BELTRÃO, H. **Descentralização e liberdade**. Rio de Janeiro: Record, 1984.
- BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil**: Reconstrução Histórica e Perspectivas Atuais. São Paulo. 1996.
- BITTENCOURT, G. (org). **Espírito Santo**: um painel da nossa história. Vitória: EDIT, 2002.
- BOSI, E. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos, São Paulo: Queroz; Ed. Da Universidade de São Paulo, 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema único de saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Educação constitucional**. Brasília: 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRAVO, M. I. S. **Gestão democrática na saúde**: o potencial dos conselhos. In: Política Social e Democracia – 3. Ed – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro : UERJ, 2007.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. **Financiamento para o subdesenvolvimento**: O Brasil e o segundo consenso de Washington. Rio de Janeiro: BNDES, 2002.
- CAMARGO Jr., K. R. Um ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R.(Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. ABRASCO, 2003, p. 35-44.
- CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho mágico**, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.
- CARLOS, E. **Controle social e política redistributiva**: as experiências de orçamento participativo em Vitória e Serra-ES. p.123-150, 2003. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional) – Programa de Pós-graduação em

Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

CARVALHO, M. C. A. A. **Participação social no Brasil hoje**. São Paulo: Paper. Instituto Pólis. 1998.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. PHYSIS: O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 3, p. 443-456, 2004.

CECCIM, R. B; FERLA, A. A. **Educação permanente em saúde**. (2009) Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 24/10/2014.

CELESTINO, P. Nó de normas: notícias hospitalares. **Gestão de saúde em debate**, v. 4, n. 39, p. 131-137, out./nov. 2002.

COELHO, Maria Carlota de Rezende. **Mesa de Negociação Permanente do SUS: um espaço político das relações do trabalho em saúde para enfermeiros no Município de Vitória no Estado do Espírito Santo (2003 – 2009)**, p. 444-451. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

COTTA, R. M. M. t al. **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa, MG. Ed. UFV, 2013.

COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; MUNIZ, J. N. **Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real**. Viçosa. UFV, 1998.

DAGNINO, E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Os anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DIAS, E. F. Hegemonia: racionalidade que se faz história. In: \_\_\_\_\_ et al. **O outro Gramsci**. São Paulo: Xamã, 1996, p.79-86.

ESPIRITO SANTO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Programa de aprimoramento gerencial do sistema de saúde do estado do Espírito Santo: Exposição de Motivos dos Anteprojetos de Lei dos Hospitais de acordo com o novo modelo gerencial**. Vitória/ES, 1997b.

ESPIRITO SANTO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA. Governo do Estado do Espírito Santo, **Termo de referência do programa de aprimoramento gerencial do sistema de saúde do estado do Espírito Santo**. Vitória/ES, 1997a.

FERREIRA, A. A. **Participação, sociedade civil e a capacidade de influenciar políticas sociais: o caso do conselho municipal de educação da Serra/ES**. p. 139-211, 2006. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências

Jurídicas e Econômicas, Vitória, 2006.

FRANCO, S. P.; HEES, R. R. **A república e o Espírito Santo**. Vitória: Multiplicidade, 2003.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, jan./mar, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas de população**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=es>>. Acesso em 22 out. 2014.

JACOBI, P. R.; BARBI, F. Democracia e participação na gestão de recursos no Brasil. **Rev Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 237-244, jul./dez. 2007.

JARA, O. **Concepção dialética da educação popular**. São Paulo: Cepis, 1985. (Texto de apoio, 02). [Mimeografado].

KINZO, M. D' A. G. **Radiografia do quadro partidário brasileiro**. São Paulo: Centro de Estudos da Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung, 1993.

KONDER, L. **O que é a dialética**. ed. 25, São Paulo: Brasiliense. 1981.

LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo, Cortez, 1995.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143-1163, nov./dez. 2007.

LOWI, T. American business, public policy, case studies and political theory. **World Politics**, Princeton. v. 16, n. 3, p. 677-715, 1964.

LOWI, T. Four systems of policy, politics, and choice. **Public Administration Review**, Princeton. v. 32, n. 1, p. 298-310, 1972.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA; 1993.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral**: como fazer, como pensar. São Paulo: Editora Contexto, 2007.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo, Editora HUCITEC, 2002.

MEHRY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Praxis en salud**: un desafio para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MICHELS, R. **Sociologia dos partidos políticos**. Brasília: UNB, 1982.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MIRANDA, N. da E. **Reminiscências da Serra**. 1556-1963. Serra: [s.n], 1984.

OLIVEIRA, R. C. **A gestão do trabalho em equipe no modelo assistencial em defesa da vida**: a experiência do Hospital Público Regional de Betim. 2001. 225f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2001. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000374570>>. Acesso em: 07/05/2014.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da Saúde. In: CZERESINA, D.; FREITAS M. C. (Org.) **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 161-174.

\_\_\_\_\_. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, N.; JÚNIOR, N. D.; CARVALHO, Y. (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 531-562.

PETRI, V. Planejamento Estratégico Agenda 21 – 2007/2027. **Diagnóstico temático**: Movimentos Sociais da Serra. Serra, 2008.

PINHEIRO, R. **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABRASCO, 2007, p. 15-28.

PINTO, J. B. Ação educativa através de um método participativo no setor saúde. In: **Encontro de experiências de educação e saúde da região nordeste**, Natal, Anais. 1982.

PRESOTO, L. H.; WESTPHAL, M. F. **A participação social na situação dos conselhos municipais de Bertioga – SP**. (2005). Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104...script=sci](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104...script=sci)> Acesso em: 14 de setembro de 2014.

SANTOS JÚNIOR, O. A. **Democracia e governo local**: dilemas e reforma municipal no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

SCHRAIBER, L. B.; et. al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-241, 1999.

SERPA, A. M. P. **Quando o povo institui seus espaços políticos e os transforma em espaços pedagógicos**: um estudo da dimensão educativa dos movimentos populares da Serra. p. 89-92. 1990. Dissertação (Mestrado em Educação) –

Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 1990.

SHIERHOLT, S. R. **O controle social e a participação em saúde na Ride-DF – acertos e descaminhos na visão dos usuários**. 2008. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF.

SILVA, J.C; VASCONCELOS, V.H.C; MATHIAS, H. M. S. **Contrato de gestão: Viabilização Gerencial para o Atendimento à População em Hospitais Públicos**. (1998). Disponível em: <[http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad\\_1998/AP/1998\\_AP39.pdf](http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_1998/AP/1998_AP39.pdf)>. Acesso em 21 set 2014.

SOBRAL. Secretaria Municipal da Saúde. **Formação de conselheiros de saúde**. Sobral-CE, 2008.

SOUZA, C. Estado da arte de pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

THOMPSON, P. **A voz do passado**. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

TOURTIER-BONAZZI, C. **Arquivos**: propostas metodológicas. Usos & Abusos da História oral, (Org.), Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1996.

VASCONCELOS, C. M.; PACHE, D. F. Sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; et. al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 531-562.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO (TCLE)

Prezado(a) Sra/Sr \_\_\_\_\_

Por meio deste instrumento, venho dar ciência e convidá-lo (a) a participar de minha pesquisa para Dissertação de Mestrado a ser defendida na EMESCAM/ES, cujo título é: **COLEGIADO DE GESTÃO E CONTROLE SOCIAL: UM DIÁLOGO POSSÍVEL?** Trata-se de uma pesquisa de cunho histórico social que têm como objeto os gestores dos Núcleos de Trabalhos admitidos no Hospital Estadual Doutor Dório Silva (HDDS) no ES, no bojo das mudanças na estrutura organizacional do HDDS e seus desdobramentos gerenciais, no sentido de identificar se foram suficientes as incorporações propostas pelo modelo de gestão que foi recomendado pelo Laboratório de Planejamento (LAPA) da UNICAMP na década de 90. E tem como objetivos: 1) Relatar a experiência e a evolução do controle social na gestão do Hospital Estadual Doutor Dório Silva; 2) Apontar as transformações no modelo de gestão do Hospital Estadual Doutor Dório Silva; 3) Discutir as contribuições do conselho gestor nas transformações do modelo de gestão do Hospital Estadual Doutor Dório Silva. Sua participação nessa pesquisa constituirá em uma entrevista sobre o tema estudado. Seu depoimento será gravado e depois de transcrito e será submetida a sua apreciação, a fim de assegurar a fidedignidade. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em estudo. Não haverá nenhuma compensação ou reembolso financeiro por sua participação. Saliento que há riscos mínimos, contudo os benefícios por sua participação são acrescidos, uma vez que a análise é sobre a construção do conhecimento da história da gestão em saúde pública e o modelo gerencial adotado pelo Estado do Espírito Santo e a parceria com o conselho social. Os resultados da pesquisa poderão constar em publicações em periódicos e eventos científicos. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço eletrônico meu e de minha orientadora da pesquisa, para tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento. Consta também o telefone do Comitê de Ética, onde o projeto de pesquisa foi aprovado, para contato caso dúvida. Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

\_\_\_\_\_  
Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Cíntia Pereira Ferreira

Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

### Contatos:

Mestranda: Cíntia Pereira Ferreira  
Tel: (27) 3341 5036, cel: 99999 2928.  
Endereço eletrônico: cintiaferreira@saude.es.gov.br

Orientadora: Maria Carlota de Rezende Coelho  
Tel: (27) 3325 7975, cel: 98118 7546.  
Endereço eletrônico: mcarlota3@hotmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa da EMESCAM  
Tel: (27) 3334 3586 / comite.etica@emescam.br

**ANEXOS**

## ANEXO A – LEI QUE APROVA A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL BÁSICA DO HOSPITAL ESTADUAL DR. DÓRIO SILVA



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA  
Proc. DLPL Nº 1687 fls. 02

Vitória, 05 de Dezembro de 1997.

MENSAGEM Nº 495/97



Senhor Presidente:

Estou encaminhando à elevada apreciação dessa Assembléia Legislativa o anexo Projeto de Lei que aprova a Estrutura Organizacional Básica do Hospital Dr. Dório Silva, gerenciado pelo Instituto Estadual de Saúde Pública - IESP, autarquia vinculada à Secretaria de Estado da Saúde.

Faço anexar também a Exposição de Motivos apresentada pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde que, com minúcias, expõe o Programa de Aprimoramento Gerencial do Sistema de Saúde do Estado do Espírito Santo.

Esperando contar com o apoio irrestrito de Vossa Excelência e de seus ilustres pares na apreciação da matéria, firmo-me

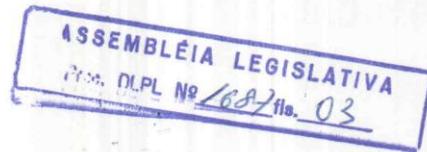
Respeitosamente,

VITOR BUAIZ  
Governador do Estado





GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
GABINETE DO GOVERNADOR



ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA E GERENCIAL DOS HOSPITAIS  
PÚBLICOS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO - GERENCIADOS  
DIRETAMENTE PELO IESP

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

I  
INTRODUÇÃO

Esta Exposição de Motivos diz respeito aos Anteprojetos de Lei relativos à Organização Administrativa e Gerencial dos Hospitais Públicos do Estado do Espírito Santo, gerenciados diretamente pelo IESP, elaborada nos termos do art. 29 da Lei nº 5.341, de 19 de dezembro de 1996, publicada no Diário Oficial do dia 20 do mesmo mês.

A Lei nº 5.341/96, por sua vez, instituiu O Programa de Aprimoramento Gerencial do Sistema de Saúde do Estado do Espírito Santo, composto dos seguintes Subprogramas:

- organização administrativa e gerencial das unidades hospitalares que integram a rede gerenciada diretamente pela SESA/IESP;
- incentivo para o desempenho funcional dos servidores da Saúde;
- municipalização e micro-regionalização das ações de saúde;
- gestão do sistema estadual de saúde, público e conveniado.

Os hospitais, cujos Anteprojetos de Lei estão contidos em anexo, são os seguintes:

Hospitais sediados na Grande Vitória:

- Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (Vitória);
- Hospital São Lucas (Vitória);
- Hospital Dr. Dório Silva (Serra);
- Hospital Aduino Botelho (Cariacica);
- Hospital Dr. Antônio Bezerra de Farias (Vila Velha);
- Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (Vila Velha).

Hospitais sediados ao norte da Grande Vitória:

- Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silveiras (São Mateus);
- Hospital Dr. Silvio Avidos (Colatina).



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
GABINETE DO GOVERNADOR

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA

Proc. DLPL Nº 1687 fls. 04

Hospitais sediados ao sul da Grande Vitória:

- Hospital São José (São José do Calçado);
- Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro (Jerônimo Monteiro);
- Centro de Atendimento Psiquiátrico Dr. Aristides Alexandre Campos (Cachoeiro de Itapemirim).

2

## A ORGANIZAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESA - E DO INSTITUTO ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - IESP

A Secretaria de Estado da Saúde - SESA -, organizada pela Lei nº 4.317, de 4 de janeiro de 1990, é o órgão central do Sistema Estadual de Saúde no âmbito do Governo do Estado do Espírito Santo.

Sua estrutura prevê apenas aquelas unidades ao Nível de Assessoramento (Gabinete do Secretário, Assessoria Técnica, Assessoria de Comunicação Social), aquelas ao Nível de Gerência (dois Subsecretários de Estado e do Grupo de Controle de Resultados, transformado na Coordenação do Programa de Qualidade) e ao Nível de Atuação Instrumental (os Grupos de Administração e de Recursos Humanos, Financeiro e de Planejamento).

A execução das atividades inerentes à Secretaria de Estado da Saúde compete, atualmente, à autarquia Instituto Estadual de Saúde Pública - IESP.

O IESP é composto das seguintes Superintendências: de Planejamento, Epidemiologia e Informações - SPEI; de Ações de Saúde - SAS; de Recursos Humanos - SRH; Administrativa e Financeira - SAF.

Vinculados, ainda, diretamente ao Presidente do IESP, estão os seguintes órgãos: Superintendências Regionais de Saúde; os Hospitais Especializados e os de Especialidades; Laboratório de Saúde Pública; Laboratório Químico e Farmacêutico.

Quanto às Superintendências Regionais estão criadas as de: Vitória, Cachoeiro de Itapemirim, Colatina e São Mateus. Os hospitais regionais estão vinculados, formalmente, a essas Superintendências.

A estrutura organizacional contida na Lei nº 4.317/90, bem detalhada por sinal e super especializada, define as unidades das Superintendências, no Nível Central, e das Superintendências Regionais, no chamado plano regionalizado - Anexo I.

A definição da estrutura organizacional não chega ao nível dos hospitais; apenas extingue e cria cargos de Diretores, de acordo com o Nível de Classificação de cada um deles.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
GABINETE DO GOVERNADOR



3

### A ORGANIZAÇÃO DOS HOSPITAIS

A última regulamentação baixada sobre a organização dos hospitais data de 19 de outubro de 1982, quando, pela Resolução nº 24/82, do Conselho de Administração, ficou aprovado o Regimento Interno do IESP. A organização dos hospitais é uma parte daquele Regimento.

Os hospitais Dr. Dório Silva e Dr. Roberto A. Silveiras, que começaram a funcionar posteriormente, não têm estrutura formal e muitos dos hospitais que constam da relação que compõe aquele Regimento não existem mais.

Nos demais, os resquícios encontrados são apenas alguns títulos de cargos comissionados que proporcionam aos seus ocupantes a gratificação de R\$ 17,00 (dezessete reais). Em termos de estrutura propriamente dita, remanescente dessa regulamentação, é encontrado muito pouco.

O que vinha predominando nos hospitais era uma estrutura que foi sendo construída na informalidade e na tradição, de acordo com as pessoas que assumiram as funções distribuídas pelos seus diretores, segundo as necessidades. Ao fim de muitos anos, essas práticas terminam por serem incorporadas à rotina de funcionamento do hospital e aceita como a forma "certa" de funcionamento. Ou seja, forma-se uma cultura própria a cada hospital.

Nos trabalhos procedidos para a implantação do novo Modelo Gerencial foram encontradas algumas situações bastante inusitadas, como por exemplo as do Hospital Dr. Dório Silva e a do Hospital São Lucas.

No Hospital Dr. Dório Silva não foi encontrada nenhuma estrutura. Ninguém sabia como funcionava o hospital como um todo e os levantamentos tiveram que ser feitos a partir do rastreamento pela base, a partir das áreas típicas que compõem a gestão hospitalar. O mais preocupante é que esse hospital é o maior do Estado e tem cerca de 900 (novecentos) servidores nele lotados.

O caso do São Lucas é mais impressionante. A mudança para as dependências do Hospital da Polícia Militar pôs fim à estrutura praticada nas antigas dependências, desnordeando os servidores, uma vez que a cultura que se forma tem muito a ver com a localização interna das áreas funcionais. E deu naquilo que já se tornou de conhecimento de todos. Foram crises em cima de crises. Ninguém sabia informar qual era a estrutura organizacional do hospital.



O que se pode constatar dos diagnósticos realizados ao longo dos estudos para implantação é que os hospitais, no modelo vigente, apresentavam, e alguns ainda apresentam, as seguintes características:

- a) o hospital funciona centrado na cultura que foi se formando e, em alguns casos, no Diretor Geral; nem todos os hospitais estavam com os cargos de Diretor Clínico ocupado; nos hospitais do interior, alguns passavam meses sem Diretor Geral, tal a dificuldade para que alguém pudesse aceitar o cargo, e funcionavam centrados, principalmente, no Diretor Administrativo;
- b) esse estado de coisas impede a existência de uma mínima administração e controle dos custos e dos gastos; a administração de pessoal é extremamente prejudicada, sendo fato que alguns hospitais não sabiam quantos e quais servidores estavam a seu serviço;
- c) a eficiência que, em algumas situações, é alcançada decorre do empenho pessoal de alguns servidores, que, felizmente, ainda existem no serviço público;
- d) uma decorrência organizacional dessa (des)organização é a irresponsabilidade funcional, não sendo possível identificar quem é responsável por qual coisa.

Ao nível central, os sistemas implantados e os controles encontrados são insuficientes para dar conta dessa realidade. A administração central funciona gerenciando o dia-a-dia, as urgências, o atendimento às solicitações funcionais dos servidores. Ou seja, a atividade-fim é caracterizada por "apagar incêndios" e a atividade-meio, que se torna fim em si mesma, passa a ser a principal, especialmente pela manutenção de uma estrutura pesada para atender aos próprios servidores.

4

## O MODELO PROPOSTO: UM NOVO MODELO GERENCIAL

### 4.1. As Origens e as Justificativas do Modelo Gerencial

Uma nova proposta para a Gestão Hospitalar surgiu no seminário de Planejamento Estratégico do Governo do Estado do Espírito Santo realizado em Nova Almeida, nos dias 29/2, 1 e 2 de março de 1996. Naquela ocasião, por sugestão do próprio Governador, a área da saúde além de ficar como uma das prioridades do Governo, ficou registrado o propósito de se viabilizar a implantação de um novo modelo gerencial para a gestão dos hospitais, que privilegiasse a autonomia de administração.

Logo em seguida foi realizado também o Planejamento Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde. Quanto à gestão hospitalar, ficou estabelecido que seria desenvolvido o projeto de autonomia dos hospitais, que, ao final, deveria conter um acordo com o Governo do Estado onde ficassem estabelecidas as regras e as condições dessa autonomia.



Como estava sendo aplicado o Curso de Gestão Hospitalar para 45 (quarenta e cinco) diretores de hospitais desde novembro de 1995, em nível de pós-graduação, conduzido pela equipe do LAPA da UNICAMP, e que se estenderia, dadas suas características, foi acertado que ali seria o fórum adequado para as discussões e a organização do projeto. Inclusive, a organização do projeto seria coordenada pela mesma equipe que vinha aplicando o curso.

As discussões a respeito de um novo modelo gerencial se desdobraram ao ensejo do curso e tivemos, no final do ano de 1996, a aprovação da Assembléia Legislativa da Lei nº 5.341/96.

#### 4.2. As Características Básicas do Modelo Gerencial

O novo modelo gerencial está apoiado nas seguintes características básicas:

- o modelo é centrado no cliente;
- descentralização de atividades do Nível Central do IESP para os hospitais (recursos humanos; administração de materiais, de patrimônio e de serviços, administração financeira), aumentando a autonomia atualmente existente;
- criação de mecanismos gerenciais que permitem a identificação de custos nos diversos itens de despesa do hospital, formulação de indicadores para avaliação da melhoria contínua e do desempenho das Unidades de Trabalho e do Hospital como um todo;
- aplicação de uma estrutura organizacional horizontalizada, com o mínimo de níveis hierárquicos;
- criação de apenas um cargo de direção: o Diretor Geral;
- transferência para o hospital de toda sua arrecadação SUS para as despesas de custeio e alguns investimentos, se for o caso;
- implantação do incentivo para o desempenho funcional (Lei nº 5.341/96) mediante a aplicação do percentual equivalente a 20% (vinte por cento) da arrecadação SUS para distribuição aos servidores, em efetivo serviço no hospital, de acordo com o Grau de Desempenho apurado segundo os critérios estabelecidos;
- criação de mecanismos gerenciais que permitem controle social interno (Colegiados e Comissões) e externo (Conselho Gestor), inclusive sobre a efetiva lotação do servidor no hospital;
- tomada de decisão compartilhada e em parceria através dos diversos colegiados criados com a introdução de novos atores no processo decisório, melhorando a qualidade e a legitimidade dessas mesmas decisões, sem, no entanto, retirar a responsabilidade pessoal do ocupante de cargo gerencial;
- escolha, pelo próprio hospital, da estratégia para identificação e manutenção de gerentes das Unidades de Trabalho;
- possibilidade do hospital firmar convênios com a comunidade;
- cada hospital cria o seu modelo em função da sua realidade, sem haver uma padronização ou uniformização, seguindo os princípios contidos na Lei nº 5.341/96 e nas orientações constantes do Decreto que a regulamenta.



#### 4.3 O Salto Qualitativo e a Complexidade da Mudança

O novo modelo pressupõe um salto qualitativo muito grande no processo de gestão dos hospitais. Em outras palavras, o que está sendo feito é a saída de "um modelo inexistente" para um modelo típico de gestão contemporânea.

E outra não poderia ser a estratégia, dada a insuficiência comprovada do modelo burocrático de organização em dar conta da realidade vivida pelas organizações contemporaneamente, especialmente no âmbito da saúde.

Trata-se de uma mudança complexa, de uma nova formulação gerencial, de uma forma diferente de pensar e gerenciar. E isso, em meio à realidade organizacional vigente, é um processo que apenas se inicia com a aprovação e a implantação do modelo em cada hospital.

### 5

#### AS ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO DA MUDANÇA

A Lei nº 5.341/96 aprovou os requisitos básicos para a organização administrativa e gerencial dos hospitais. O desenvolvimento do modelo em cada hospital vem sendo feito diretamente em sua realidade, com a participação efetiva dos servidores.

Primeiramente, foi divulgado o modelo para os servidores do hospital, e, em seguida, discutida a organização em Unidades de Trabalho, os seus objetivos e a missão do hospital; a etapa seguinte é a definição do perfil dos ocupantes dos cargos de gerente de Unidade de Trabalho e a sua escolha e nomeação provisória, até que seja aprovada a estrutura organizacional do hospital; depois a identificação e a aprovação dos indicadores para cada Unidade de Trabalho e os indicadores gerais para avaliação do hospital; ao final, a organização do Acordo de Resultados; em meio a isso tudo, um processo permanente de detalhamento do diagnóstico da realidade do hospital.

Quando se chega a esse ponto de serem propostos os Anteprojetos de Lei, já estão funcionando, na maioria absoluta dos hospitais, as novas Unidades de Trabalho e o Colegiado de Gerentes. Isto quer dizer que o planejamento foi realizado de forma participativa e juntamente com a ação, como pregam as melhores abordagens de formulação e implantação de estratégias organizacionais atualmente.



Cada hospital tem a sua estruturação, e por isso precisa ser objeto de uma lei específica.

A apresentação dos Anteprojetos está estruturada de forma que fiquem menos complexas a sua leitura, interpretação e aplicação.

Para cada hospital estão sendo apresentados:

- a descrição da estrutura organizacional básica, de acordo com as instâncias administrativo-institucionais previstas no Anteprojeto, e de acordo com as áreas funcionais de cada um;
- o organograma que retrata essa estrutura organizacional básica;
- a missão do hospital e os objetivos de cada Unidade de Trabalho;
- as competências do Diretor Geral, dos Gerentes e do Secretário Executivo;
- as competências das Comissões de Ética Hospitalar, Controle de Infecção Hospitalar e Padronização de Materiais e Equipamentos;
- a conceituação das instâncias administrativo-institucionais: estratégica, estudos - assessoria, tático-operacional;
- cargos comissionados extintos;
- cargos comissionados criados.

Os valores atribuídos aos cargos comissionados criados no âmbito dos hospitais, seguem a seguinte orientação:

- os cargos comissionados seguem a atual estrutura de vencimentos do IESP, não criando nada novo e evitando distorções e comparações com outras situações;
- o Diretor Geral passa a ser um superintendente, assumindo muitas das funções atuais dos superintendentes do nível central do IESP; por isso a remuneração do cargo sugerida é a que está sendo atribuído a esse cargo na estrutura do IESP;
- o cargo em comissão de Gerente de Unidade de Trabalho, em função das novas responsabilidades, que no fundo equivalem ao do antigo Diretor, são estipuladas nos mesmos valores pagos aos atuais Diretores Clínico e Administrativo, de acordo com a categoria do hospital.



## REPERCUSSÕES ORGANIZACIONAIS NO IESP

Com a implantação do novo modelo gerencial dos hospitais, pela descentralização e autonomia dos mesmos, a primeira e imediata repercussão é a discussão e reorganização do nível central do IESP e da própria Secretaria de Estado da Saúde.

Há que se introduzir outro fato novo relativo à municipalização dos serviços básicos de saúde.

Uma nova forma de estruturação surge, mais ágil, flexível, enxuta e ligada ao planejamento das atividades e ao acompanhamento.

Por outro lado, um novo relacionamento com as Cooperativas Médicas também surge da implantação do modelo.

### 8

## REPERCUSSÃO FINANCEIRA DO NOVO MODELO

A repercussão financeira decorrente da implantação do novo modelo gerencial, da criação dos cargos comissionados (Gerente de Unidade de Trabalho, Secretário Executivo, Diretor Geral) previstos em cada Projeto de Lei (Anexo I) e da extinção dos cargos da estrutura anterior (Anexo II), é estimada em RS 50.043,47 (cinquenta mil, quarenta e três reais e quarenta e sete centavos) - (Anexo III).

Essa repercussão financeira foi calculada para todos os hospitais (13 ao todo), mesmo para aqueles que ainda não completaram os estudos para a estruturação organizacional.

Para a realização dos cálculos, partiu-se da seguinte hipótese:

- os hospitais de categoria A teriam seus cargos em comissão ocupados à razão de 1/3 por servidores ocupantes de cargos de classificação de até 2º grau e 2/3 dos cargos ocupados por servidores integrantes de cargos de classificação de 3º grau; e
- hospitais de categoria B teriam a metade dos seus cargos em comissão ocupados por servidores exercentes de cargos de classificação ao nível de 2º grau e a outra metade por de 3º grau.

Essa hipótese de trabalho é necessária para que sejam efetuados os cálculos da repercussão financeira uma vez presumido, por ser mais vantajoso, que os servidores ocupantes de cargos de nível de 2º grau fariam a opção pela percepção do valor integral da comissão do cargo, e os de 3º grau fariam a opção por 40% do valor da comissão.

Para a avaliação dessa repercussão financeira há que se ter em conta que os hospitais não tinham praticamente nenhuma estrutura, além dos cargos de direção. Os demais cargos de



chefia de serviço, previstos na estrutura aprovada ainda no ano de 1982 e que por ventura tinha algum ocupante, são remunerados à razão de R\$ 17,00 (dezesete reais).

O ganho que pode ser assegurado é com a economia que pode ser introduzida quando se administra com indicadores e com responsabilização pessoal.

9

### RESULTADOS ESPERADOS

O resultado mais esperado é a melhoria da prestação dos serviços de saúde, com economia, conhecimento e administração dos seus custos.

O modelo é centrado no paciente. Ou seja, na atividade-fim. A economia é o resultado e consequência da filosofia e da prática da nova estruturação, por que efetivamente se assume o controle da gestão hospitalar. A economia é na área meio, que precisa ser toda reformulada.

Como um dos principais resultados do novo modelo é o efetivo controle sobre a lotação dos servidores em cada hospital e se efetivamente estão prestando serviços, em função dos mecanismos gerenciais que estão sendo implantados.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
GABINETE DO GOVERNADOR

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA

1996, DLPL Nº 697, fls. 12

PROJETO DE LEI n.º 362/97

Aprova a Estrutura Organizacional Básica do Hospital Dr. Dório Silva, vinculado ao Instituto Estadual de Saúde Pública - IESP, autarquia da Secretaria de Estado da Saúde, nos termos da Lei nº 5341, de 19 de dezembro de 1996 e dá outras providências.

Art. 1º. Fica aprovada a Estrutura Organizacional Básica do Hospital Dr. Dório Silva, localizado na cidade de Serra, nos termos das determinações aprovadas pela Lei nº 5341, de 19 de dezembro de 1996 e conforme consta desta Lei.

Parágrafo Único. A Estrutura Organizacional Básica aprovada é aquela descrita no Anexo I e constante do organograma contido no Anexo II.

Art. 2º. A missão do hospital e os objetivos de cada Órgão e das Unidades de Trabalho são aqueles constantes do Anexo III.

Art. 3º. As competências genéricas do Diretor Geral, dos Gerentes de Unidades de Trabalho e do Secretário Executivo do Hospital são aquelas descritas no Anexo IV.

Art. 4º. As competências das Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, da Comissão de Ética Hospitalar, e da Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos são aquelas descritas no Anexo V.

Art. 5º. A Estrutura Organizacional Básica aprovada é composta de três instâncias administrativo-institucionais indicadas nos incisos seguintes:

- I - Instância de Natureza Estratégica
- II - Instância de Assessoria, Estudos e Recomendações
- III - Instância de Natureza Tático-Operacional

Parágrafo único. A conceituação de cada uma das instâncias previstas nos incisos deste artigo é aquela contida no anexo VI.

Art. 6º. Ficam extintos dos Cargos de Provimento em Comissão e as Funções Gratificadas constantes do Anexo VII.

Art. 7º. Ficam criados os Cargos de Provimento em Comissão, com os quantitativos e a remuneração, conforme consta do Anexo VIII, nos termos da classificação dos hospitais prevista no artigo 23 da Lei 5341/96.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
GABINETE DO GOVERNADOR



Art. 8º. O Poder Executivo poderá rever a missão do hospital, assim como as competências e/ou os objetivos das Unidades de Trabalho constantes no Anexo III, através de Decreto, no prazo de 6 (seis) meses, a contar da publicação desta Lei.

Art. 9º. As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão à conta das dotações orçamentárias próprias, que serão suplementadas se necessário.

Art 10º. Ficam revogadas as disposições em contrário.

Art. 11º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.