

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA**

Lívia Ramalho Arsego

Gestão Colegiada: experiências de gestão participativa em saúde

Porto Alegre

2012

Lívia Ramalho Arsego

Trabalho de Conclusão de Curso

Gestão Colegiada: experiências de gestão participativa em saúde

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para a obtenção do título de
Bacharel em Ciências Sociais - UFRGS

Orientador

Prof. Dr. Luis Gustavo Mello Grohmann

Porto Alegre

2012

Lívia Ramalho Arsego

Gestão Colegiada: experiências de gestão participativa em saúde

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para a obtenção do título de
Bacharel em Ciências Sociais - UFRGS

Aprovada em 08 de janeiro de 2013

Banca examinadora:

Prof. Dr. Luis Gustavo Mello Grohmann (orientador)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Maurício Assumpção Moya
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Sérgio Peres
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo:

Um dos pressupostos básicos do Estado Democrático pode ser considerado o princípio do recurso, ou seja, a possibilidade legítima e institucionalizada de oposição ao poder instituído, sendo o exercício da liberdade dos sujeitos. As práticas de gestão participativa na saúde reforçam a democracia e estabelecem os trabalhadores como agentes de transformação dos processos de cuidado em saúde. Retoma-se a centralidade do sentido do trabalho, da autonomia, da responsabilização e do compromisso com os resultados das suas ações, trazendo o colegiado de gestão como um fórum de construção coletiva de novas práticas. As experiências do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) são apresentadas como contribuição para a reflexão e o debate do controle social na saúde, tomando-se a experiência de dispositivos participativos de governança internos como impulsionadores de um melhor diálogo com os espaços de controle social estabelecidos na legislação.

Palavras-chave: *democracia, gestão participativa, valorização do trabalhador*

Abstract

One of the basic assumptions the Democratic State can be considered the principle of resource, ie the possibility of legitimate and institutionalized opposition to established power and the exercise of freedom of the individuals. Management participative practices in health policies reinforce the democracy and establish workers as agents of transformation processes in health care. Take up the centrality of the meaning of work, autonomy, responsibility and commitment with the results of their actions, bringing the collective management as a forum for collective construction of new practices. The experiences of Grupo Hospitalar Conceição (GHC) are presented as a contribution to the debate and discussion of social control in health, taking the experience of participative governance internal devices as a driving force of a better dialogue with the spaces of social control established in legislation.

Keywords: *democracy, participative management, worker valorization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 DEMOCRACIA, CONTROLE SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	10
2.1 Democracia e Controle Social	10
2.2 Gestão participativa no SUS	18
3 GESTÃO COLEGIADA: EXPERIÊNCIAS DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO	23
3.1 Contexto normativo e político	23
3.2 Experiências de gestão colegiada no Grupo Hospitalar Conceição	29
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

1 INTRODUÇÃO

A importância de mecanismos de participação, de prestação de contas e de controle das ações dos governos pelos cidadãos tem ocupado a centralidade do debate acerca da democratização do Estado. Na área da saúde, espaços de Controle Social, como Conselhos e Conferências, tem sua trajetória histórica, e constam instituídos legalmente desde a Constituição de 1988.

O presente estudo visa trazer contribuições para a reflexão e o debate acerca de mecanismos participativos, contextualizando experiências de gestão participativa em hospital público de grande porte em Porto Alegre, o Grupo Hospitalar Conceição.

O capítulo intitulado “Democracia, Controle Social e Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde” apresenta os principais referenciais teóricos que norteiam este trabalho. Em um primeiro momento, são enfocadas as diferentes compreensões e vertentes acerca do conceito de Democracia, constantemente utilizado e referindo-se a experiências muito diversas. O ponto de convergência identificado como característica fundamental é o princípio do recurso, afirmado por Touraine (1994; 1996), ou seja, a possibilidade legítima e institucionalizada da formação de oposição e resistência ao poder estabelecido. Esse princípio é exposto como a base da liberdade dos sujeitos e da ideia de soberania popular.

A partir desse ponto de partida, apresenta-se o conceito de Controle Social, uma das formas de operacionalizar essa oposição, liberdade e controle do governo. Esse conceito remonta a diversas resignificações conforme os períodos históricos, desde o controle de comportamentos desviantes e a manutenção da ordem social, até o significado inscrito na Constituição Federal Brasileira de 1988, como participação da sociedade na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas. Este último é o sentido principal utilizado atualmente e já consagrado na literatura contemporânea. Os espaços de Controle Social na saúde foram os pioneiros em funcionamento e também na sua institucionalização nos textos legais. É possível identificar, a partir de uma breve incursão na história da saúde pública brasileira, a importância desses espaços na construção da política nacional de saúde, conhecida atualmente como o Sistema Único de Saúde. A efetividade destes espaços para o aumento da responsabilidade dos gestores públicos ainda é questionada

no meio acadêmico e empírico, entretanto, há experiências que apontam positivamente para a qualificação dos processos gerenciais e assistenciais na área.

A discussão de espaços de participação social perpassa também pela retomada do protagonismo dos trabalhadores acerca de seu processo de trabalho, de sua autonomia, de responsabilidades e compromissos, ou seja, a retomada de um sentido do trabalho. Neste processo insere-se a questão da valorização do trabalhador, e como um dos dispositivos associados, a gestão colegiada nas instituições de saúde.

No capítulo intitulado “Gestão Colegiada: experiências do Grupo Hospitalar Conceição” é aprofundada a discussão acerca da valorização do trabalhador a partir desses espaços de exercício democrático. As áreas de Gestão Participativa e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde são temas de secretarias específicas, criadas durante o governo Lula (2003), e contam com um arcabouço de normativas e diretrizes, em consonância à Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8080/90 e 8142/90), para ampliar e concretizar ações de valorização dos trabalhadores, como eixo central e insubstituível na produção do cuidado em saúde.

Conforme essas normativas, produzidas principalmente no interior do Poder Executivo, o Ministério da Saúde, através das secretarias citadas, em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde, as ações de valorização perpassam: o trabalho em equipes interdisciplinares, a construção e discussão coletiva do processo de trabalho e cuidado, o planejamento e avaliação do trabalho, a horizontalização das relações de poder, a valorização dos diferentes saberes profissionais, a educação permanente, a autonomia e a responsabilização.

O enfoque na gestão colegiada é compreendido como estratégico e transversal, de forma que os demais dispositivos estão associados e são potencializados com a existência de espaços de participação na gestão. Ou seja, afirma-se que para a retomada do sentido do trabalho, fundamentado na visão marxiana de qualificação do humano, de produção de si mesmo, das relações sociais e da liberdade dos sujeitos (Touraine, 1996), é necessário romper com os processos de alienação da produção do seu trabalho, de sua obra, ou seja, é um processo que se desenvolve na contramão das afirmativas capitalistas de trabalho como algoz e da precarização das condições de trabalho.

Em contexto político identificado como favorável do governo Lula, de inflexão de ações institucionais para a democratização da gestão, é apresentado o compromisso e a implantação de políticas no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em consonância às diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde. Com base em estudos da literatura da área e documentos institucionais produzidos pelo GHC, é possível apresentar experiências exitosas de espaços de gestão colegiada em diversos níveis gerenciais, bem como limites e dificuldades a serem superadas.

A discussão acerca da Gestão Colegiada possibilita contribuir com reflexões dos caminhos percorridos na direção da valorização do trabalhador e do sentido do trabalho na sociedade. Além disto, espaços de participação fortalecem o Estado democrático, trazendo a importância dos diversos atores sociais no controle, na fiscalização e na construção das políticas institucionais e governamentais, bem como reforçam a responsabilização dos gestores públicos para com seu papel social.

2 DEMOCRACIA, CONTROLE SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Compreende-se necessária a reflexão acerca dos conceitos e parâmetros teóricos e normativos que direcionam o debate nas áreas da democracia, controle social e gestão participativa, vinculados ao campo da política pública de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, apresentam-se as principais definições conceituais que norteiam este estudo.

2.1 Democracia e Controle Social

O conceito de democracia e sua empregabilidade são controversos na história e nos tempos atuais, uma vez que é utilizado para definir experiências muito distintas. Além disso, os pressupostos e condições para a consolidação e manutenção da democracia também são temas de discussão na vasta literatura, nas experiências e nas formas como é estruturada nos diversos países do mundo.

Entre as principais vertentes de política comparada, encontram-se três principais correntes que trazem elementos para a consolidação da democracia nos Estados. A teoria da modernização (BOIX, 2003; LIPSET e SEONG, 1993; PRZEWORSKI et. all, 2002) tem sua ênfase no desenvolvimento econômico, vinculando a riqueza diretamente à democracia, porém, demonstra-se mais voltada à manutenção do que aos argumentos para o seu surgimento. Ainda assim, não é suficiente, por exemplo, para explicar o caso desviante da Índia (LIJPHART, 1996) que une alto grau de pobreza e mantém-se democrática, ou os casos de autoritarismo e totalitarismo em países ricos do Oriente Médio. A teoria da cultura cívica (ALMOND e INGLEHART, 1989), com ênfase nos valores e costumes, recebe também algumas críticas, como a defesa pouco profunda da cultura como produtora da estrutura, e limites pouco específicos em relação ao papel do desenvolvimento econômico na sociedade. A teoria institucionalista (TILLY, 2007; LIJPHART, 1996, 2003; THELEN e STEINMO, 1992; SHUGART e CAREY, 1992), com ênfase no modelo explicativo das instituições para a legitimação e organização das práticas

democráticas, é criticada pela impossibilidade de estabelecer de forma evidente como e quando as instituições democráticas são criadas e modificadas, bem como o surgimento dos interesses para apoio e manutenção.

De forma ampla, cada corrente não descarta totalmente os elementos presentes nas demais, bem como há especificidades entre os autores, mas se diferenciam na identificação da variável independente, ou seja, da base explicativa principal para a democracia. Em síntese, percebe-se a complexidade do debate acerca da democracia. A importância da retomada dessa discussão é expressa por Touraine (1996), que identifica a democracia como a forma de organização política mais frequente da modernidade, porém, observa uma fragilidade de conteúdo, como a degradação da democracia em liberdade de consumo ou supermercado político, bem como riscos latentes, como restringi-la apenas a procedimentos ou tornar-se ditadura de apenas um grupo específico (TOURAINÉ, 1996).

O autor apresenta uma concepção de democracia que abrange as ênfases anteriores e as complementa. Um sistema aberto, político ou econômico, é condição necessária, mas não suficiente para a definição. Utilizar dualismos como formal e real, burguesa ou socialista devem ser recusados, visto que para uma definição, alguns elementos comuns devem estar presentes, e os aspectos considerados fundamentais não devem ser defendidos de forma isolada, sob pena de designar-se regimes autoritários ou totalitários como democráticos, tornando vazio o termo (idem).

Touraine observa vários aspectos como importantes para construir sua teoria, sintetizadas em algumas afirmações como: a garantia de direitos fundamentais constitucionais, que fazem valer direitos e princípios morais que podem ser utilizados contra o próprio Estado que os reconhece, e protege os cidadãos do seu arbítrio; o respeito à cultura e à diversidade, que garante a possibilidade de identificação individual e coletiva com grupos e preserva tradições culturais; o respeito e a igualdade política às minorias, ou seja, os procedimentos e regras que garantem meios institucionais aos diferentes indivíduos e coletividades de acesso e participação nas decisões públicas, o que contribui para redução das desigualdades sociais das quais o Estado faz parte; e a organização das liberdades individuais e coletivas e a participação do maior número de cidadãos nas escolhas políticas. Para além dos procedimentos, é a presença de força social e política

que se esforça para transformar o Estado de direito em um sentido que contemple aos interesses dos dominados (idem).

O Estado de direito em si não está necessariamente associado à democracia, sua função está em organizar a vida social através de uma unidade do conjunto político e do sistema jurídico. A democracia estará em pauta pela ação dos sujeitos, que a partir de um apelo ético – liberdade e justiça, considerando-se sua cultura e em nome da maioria sem poder, formarão **oposição e resistência** contra lógicas dominadoras:

(...) o caráter próprio da sociedade moderna é que essa afirmação da liberdade se exprime, antes de tudo, pela *resistência* ao domínio crescente do poder social sobre a personalidade e a cultura. O poder industrial impôs a normalização, a organização dita científica do trabalho, a submissão do operário a cadências de trabalho impostas; em seguida, na sociedade de consumo, o poder impôs o maior consumo possível de sinais de participação; por seu lado, o poder político mobilizador impôs manifestações de filiação e lealdade. Contra todos esses poderes, que constroem ainda mais os espíritos do que os corpos – como já anunciava Tocqueville – que impõem uma imagem de si e do mundo mais do que o respeito pela lei e regulamento, o sujeito resiste e afirma-se ao mesmo tempo por seu particularismo e seu desejo de liberdade, isto é, criação de si mesmo como ator, capaz de transformar seu meio ambiente (TOURAINÉ, 1996: 24, grifos do autor).

A liberdade do sujeito e ideia de soberania popular conduz o advento da democracia a partir do princípio de oposição ao poder estabelecido, ou seja, não significa dar legitimidade sem limites a um poder popular, e sim, introduzir na vida política o princípio moral de **recurso**, em espaços políticos legítimos, necessário para defender os interesses daqueles que não exercem poder na vida social. A democracia pode ser vista como a interdependência e inter-relação de três dimensões: o respeito aos direitos fundamentais e à diversidade pelo poder político; a consciência de cidadania, pertencimento a uma coletividade política fundada sobre o direito; e a representatividade dos dirigentes (TOURAINÉ, 1994; 1996).

Todos esses temas se aglutinam em um tema central: a liberdade do sujeito. Designo por *sujeito* a construção do indivíduo (ou grupo) como ator, através da associação de sua liberdade afirmada com sua experiência de vida assumida e reinterpretada. O sujeito é o esforço de transformação de uma situação vivida em ação livre; introduz a liberdade no que aparece, em primeiro lugar, como determinantes sociais e herança cultural (TOURAINÉ, 1996: 23-24, grifos do autor).

Conforme o autor, é a democracia a forma política que garante maior liberdade ao maior número de pessoas, afirmando a diversidade, a possibilidade de resistência e o princípio de recurso. A construção e a transformação da sociedade pela ação dos sujeitos, e a possibilidade de espaços coletivos institucionalizados é condição central para compreender e fundamentar o debate da gestão participativa. Para compreender a institucionalização de espaços democráticos de participação no Brasil, é importante apresentar o conceito de Controle Social, que retoma os pressupostos de oposição e recurso, como limitadores do poder do Estado de direito.

As raízes da definição de Controle Social podem ser encontradas nas formulações clássicas de Durkheim (1985) acerca da coerção social, do problema da integração do grupo e do respeito às normas estabelecidas por ele. Nesse sentido, o controle refere-se ao objetivo da integração social e coesão interna dos indivíduos, do estabelecimento da ordem, da preservação da estrutura social, expressando os valores tanto da classe dominante quanto do consenso do grupo (CASTRO, 1996).

A concepção de controle social foi resignificada ao longo do tempo, e utilizada de diversas formas e objetivos. Alvarez (2004) apresenta estudo que auxilia na identificação das modificações dessa concepção. A primeira definição referida como clássica estava datada historicamente no século XIX, respondendo ao problema da busca de estabelecer o grau de organização e regulação de uma sociedade, considerando princípios morais e menor uso de coerção. Uma formulação racional que pouco fornece instrumentos para análise aplicada (ALVAREZ, 2004).

O autor explica que no século XX, o controle social torna-se campo específico de estudos e a expressão é cunhada e desenvolvida pelo norte-americano Edward A. Ross (1866-1951), utilizada mais especificamente para compreender formas de cooperação e de adesão voluntária da sociedade norte-americana, como inerentes à própria sociedade ao invés de reguladas pelo Estado. O seu uso restringiu-se a análises microssociológicas e interacionistas. Após a Segunda Guerra Mundial, a expressão toma outro sentido, recebendo destaque nos campos de sociologia e história do crime e do desvio, recuperando a análise macrossociológica e enfocando a relação do Estado com os mecanismos de controle social. A ideia de solidariedade e integração social como

fundamento da coesão é substituída pelas práticas de dominação organizadas pelo Estado ou por grupos dominantes. As pesquisas voltam-se para a criminalidade, justiça, prisões, asilos e hospitais, e o enfoque é a manutenção da ordem social. Michel Foucault (1926-1984) é um expoente desses estudos (ALVAREZ, 2004).

As concepções desenvolvidas transitam ainda sobre o lugar comum da integração e da unificação social, conforme inaugurado por Durkheim, modificando os termos entre cooperação e dominação, ora uma onipresença de integração e ordem social para além de conflitos, ora para a onipresença de uma dominação que submeteria qualquer forma de resistência.

Entretanto, atualmente o termo controle social foi novamente resignificado, de forma considerada positiva, como a possibilidade de visualizar respostas efetivas para os agentes submetidos aos mecanismos de controle, e ainda, mostrando que as práticas de controle podem ser produtivas, e não apenas repressivas, já que produzem comportamentos e não apenas controlam ações (ALVAREZ, 2004). Conforme define Menezes, “*o sentido de controle social inscrito na Constituição, é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais*” (2012:259).

É nessa perspectiva produtora e de garantia do exercício da cidadania que atualmente o controle social está em uso, tanto na literatura como no discurso popular. Retoma o tema da participação social nas decisões públicas e da limitação do poder do Estado como fundamentais. Desta forma, contemporaneamente pode-se referir o controle social como um instrumento democrático de participação e de integração institucionalizada e legítima da sociedade com a gestão da administração pública, atuando com a finalidade de avaliar e modificar metas, de auxiliar a apontar deficiências e de buscar de solução de problemas.

No Brasil, a institucionalização do Controle Social está relacionada à história da política de saúde brasileira. O final da década de 80, com a Constituição Federal de 1988, é considerado período importante visto a afirmação legal da saúde como direito e a institucionalização da participação popular na definição e no controle dessa política pública. Desta forma, a Carta Magna retoma o princípio da democracia como fundamental na república, incorporando diretamente formas consultivas e deliberativas na tomada de

decisões. A Lei Orgânica da Saúde (leis nº. 8080/90 e 8142/90), que regulamentou o Sistema Único de Saúde no Brasil, consolidou os Conselhos e as Conferências de Saúde como os espaços políticos de controle social (MENDES, 2007). Atualmente é possível verificar o alargamento de políticas públicas que contemplam esses espaços. Conforme afirmam Cortes e Silva (2009):

Assumia-se que a articulação entre gestores, as burocracias governamentais e os interesses de trabalhadores, usuários e beneficiários de políticas públicas afetaria positivamente a *responsiveness* e *accountability* dos governos (...). No entender dos analistas, interesses tradicionalmente excluídos do processo de decisão passariam a ser considerados, e gestores de políticas públicas e burocracias governamentais seriam induzidos a tomar decisões levando-os em conta (2009: 399).

Entretanto, constar no texto legal não garante em si a exequibilidade e manutenção ao longo do tempo. Para a eficácia desses mecanismos, é necessário o compromisso do Estado e dos atores políticos em afirmá-los como espaços de real diálogo democrático e de resultados efetivos de responsividade e *accountability*¹ para os envolvidos. Conforme Filgueiras (2011), um dos pressupostos do conceito de *accountability* é a legitimação da ordem democrática pela responsabilização dos agentes públicos diante da sociedade, tendo suas ações em bases legítimas. Desta forma:

É tarefa das instituições políticas construir mecanismos de prestação de contas à sociedade, no sentido de reduzir a razão do estado a uma razão do público e permitir o controle deste sobre aquele. (...) permite consolidar uma diferenciação entre o público e o privado, e proporciona formas de gestão pública abertas à participação da sociedade. (FILGUEIRAS, 2011: 67-68).

Estudos de Cortes e Silva (2009) mapeiam a existência de literatura e relatos acerca das limitações destes fóruns participativos, entretanto, pode-se considerar que os espaços de democracia participativa, principalmente na política de saúde, legalmente inscritos como Conselhos e Conferências de Saúde, exercem importante papel, em que pese saber que estes não governam, estabelecem os parâmetros do interesse e da necessidade públicos para o governo (MENEZES, 2012). Portanto, ainda que motivo de divergências acerca de sua importância teórica e empírica, afirma-se que são espaços relevantes contra-hegemônicos da sociedade, conforme a autora:

¹ O conceito de *accountability* refere-se à capacidade dos agentes públicos: terem suas ações fundadas em bases legítimas; haver a responsabilização e; a prestação de contas constante acessível aos cidadãos (FILGUEIRAS, 2011).

Os conselhos são fundamentais para a socialização da informação e formulação de políticas sociais, entretanto, têm que ser visualizados como uma das múltiplas arenas em que se trava a disputa hegemônica no país. (...) é um equívoco atribuir aos espaços de participação da sociedade o papel de agentes fundamentais na transformação do Estado e da sociedade (MENEZES, 2012: 262-263).

A convergência desses aspectos e conceitos, como: instituições democráticas de controle social; responsabilidade dos gestores públicos e *accountability*; e a participação de atores sociais na gestão das políticas públicas, permite abordar experiências de gestão colegiada em saúde como objeto de análise, constituindo-se como espaços democráticos de negociação, de planejamento e avaliação das práticas e processos em saúde. No presente estudo, os colegiados de gestão referem-se à uma forma de gestão em diferentes níveis internos de uma instituição de saúde, como em equipes de trabalho, em níveis gerenciais e da alta administração. Diferencia-se dos espaços de conselhos e conferências, entretanto, para a prática democrática, compreende-se como uma experiência complementar e muito importante.

O aprofundamento sobre as questões da democracia, da cidadania, centralização e descentralização do poder, controle social e da gestão participativa ocuparam o centro do debate no contexto social mundial no século 20, obtendo gradativa importância, mantendo-se como preocupações atuais, que refletem a importância do estudo da diversidade de espaços e mecanismos de participação locais. Acerca das concepções e práticas históricas, Bobbio et al. (1992) afirma:

(...) na sociedade capitalista houve um deslocamento dos centros de poder dos órgãos tradicionais do Estado para a grande empresa, e que portanto o controle que o cidadão está em grau de exercer através dos canais tradicionais da Democracia política não é suficiente para impedir os abusos de poder cuja abolição é o escopo final da Democracia. O novo tipo de controle não pode acontecer senão nos próprios lugares da produção e é exercido não pelo cidadão abstrato da Democracia formal mas pelo cidadão trabalhador através dos conselhos de fábrica. O conselho de fábrica torna-se assim, o germe de um novo tipo de Estado, (...) através da expansão deste tipo de órgãos em todos os lugares da sociedade onde há decisões importantes a tomar (1992:325).

A questão do protagonismo dos trabalhadores e as organizações locais como meios para efetivar a democracia participativa foram centrais na discussão de processos sociais na contramão do autoritarismo. No final da década de 70, a partir do processo de redemocratização da sociedade brasileira, a questão da cidadania passa a ser um tema

muito valorizado por diferentes atores sociais, sendo um dos aspectos que melhor expressa essa retomada a valorização do papel do poder local, através da diretriz constitucional de descentralização.

Importante ressaltar que a tradição da política brasileira está assentada em processos autoritários, patrimonialistas e clientelistas, o que demonstra uma tensão constante no cotidiano das relações sociais para a implementação da participação social, conforme Fedozzi (2001):

Ocorre que o cunho patrimonialista caracterizador do Estado brasileiro, permeado pelo “jeitinho” como um traço de “identidade nacional” que se encontra presente nas interações políticas entre governantes e governados e em todos os níveis sociais e instituições da sociedade, impõe sérios obstáculos estruturais à cidadania, pois essa exige condições político-institucionais frontalmente contrárias às daquele, sendo as mais importantes: a separação entre as esferas “pública” e “privada”, o exercício impessoal do poder e o respeito ao *contrato social*, tomado aqui em sentido sociológico. (2001:23, grifos do autor)

Desta forma, a busca de experiências democráticas de participação é compreendida como processo de resistência a esse *status quo*, uma vez que apresenta como seus principais objetivos: o maior controle da ação dos governantes e um direcionamento das decisões à resolução de problemas identificados como relevantes para o conjunto da população. Conforme Fernández e Sotomayor (2003):

Entendemos por democracia participativa aquel sistema democrático de gobierno que para resolver los problemas de la vida social, em cada un de sus niveles, es capaz de integrar de manera efectiva el poder institucional representativo y la mayor participación ciudadana posible (2003:18).

Como reflexão complementar, segundo Hirst (1992), há várias contradições e limites nas experiências democráticas, mas “*mecanismos corporativos de consulta e negociação são um suplemento vital para a democracia representativa na era do grande governo e dos interesses sociais organizados*” (HIRST, 1992: 30).

A busca pela implementação de processos participativos na saúde, que reforçam a o Estado democrático, a responsabilidade dos gestores e a *accountability*, em que pese o contexto de regressão dos direitos sociais e ascensão do individualismo, é possível de ser verificada através de experiências dos conselhos e conferências, bem como dos colegiados de gestão, objeto de análise nos capítulos seguintes.

2.2 Gestão participativa no SUS

No Brasil, e considerando-se a área da saúde, as reivindicações que deram origem e força ao que hoje se denomina como política pública de saúde se vinculam ao movimento de Reforma Sanitária, da década de 80. Na arena política da saúde, considerada como uma rede processual, na qual as relações entre atores individuais e coletivos são assimétricas e muitas vezes conflitivas (CORTES, 2009a), a disputa por uma reforma do modelo de atenção à saúde vigente na época era liderada por acadêmicos, pesquisadores, sindicatos de profissionais e por trabalhadores de saúde. Esse grupo de atores ficou conhecido como movimento sanitário.

A partir de um resgate sintético acerca da história da política de saúde brasileira é possível perceber a atuação do controle social em diversos momentos. A saúde, além de aspecto indiscutível de necessidade para a vida, obteve centralidade política em diversos momentos da constituição do Estado brasileiro. Na Primeira República (1889-1930), a saúde tornou-se tema de identidade nacional, sendo a área de política pública que possibilitaria a integração e o fortalecimento da autoridade federal. O papel dos intelectuais na condução desse processo foi fundamental, e contribuiu para que o mito da inferioridade racial brasileira, bem como os “dois brasis” – com a oposição entre centro e sertão, considerados como responsáveis pelas dificuldades do desenvolvimento econômico e social, pudessem ser substituídos por um problema de higienização (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Dessa mudança de perspectiva, que permitiria um novo olhar sobre o desenvolvimento brasileiro, houve um crescimento do apoio das elites políticas para adoção de ações saneamento. Ainda que de forma conservadora, e preocupada mais com o mercado do que com a vida dos seus cidadãos, as ações de saúde desse período representaram um marco inicial das políticas sociais e da centralização e expansão da autoridade estatal.

No governo Vargas (1930-1945) houve mudanças institucionais consideráveis para a burocracia e aparelhagem estatal para as políticas públicas. A construção da ideia de Nação mantinha-se e operacionalizava-se nesse período. A consolidação do arcabouço burocrático para o atendimento às políticas estatais está vinculada a esse período,

delineando a unidade normativa e a descentralização executiva, fortalecendo a presença federal nos estados e municípios. No período de 1945 a 1964, a saúde toma ares de desenvolvimentismo, com a incorporação de tecnologias e combate às doenças endêmicas. É um período considerado por Lima, Fonseca e Hochman (2005) como de “otimismo sanitário”, com a adoção de diversos programas, mobilização de recursos e com a criação do Ministério da Saúde, em 1953, no segundo governo Vargas. Os movimentos sociais e a organização de profissionais e acadêmicos de saúde impulsionaram debate acerca da horizontalidade, da integração das ações e da ampliação de serviços. Porém, a era militar interrompeu esse curso.

Durante o período de ditadura na história brasileira, as formas de participação social são restringidas. Retomam a articulação de forma paulatina a partir da década de 70, visto a situação caótica vivenciada na assistência à saúde. A dicotomia entre os ricos e os pobres aprofundou-se. Os investimentos do Estado e de indústrias estrangeiras interessadas em vender suas tecnologias complexas, foram direcionados basicamente ao setor privado. O fundo estatal utilizado foi prioritariamente o da Previdência Social, que acumulava recursos elevados, porém foram utilizados para financiamento a fundo perdido a empresas privadas que desejassem construir hospitais (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Além dessa situação precária no atendimento à grande massa da população despossuída, que impulsiona a reorganização de movimentos sociais, agrega-se também um movimento originado nas universidades de medicina, que produziram estudos e grandes avanços em práticas sanitárias. Essa medicina social, que se contrapunha à medicina individual, às práticas assistencialistas e de medicalização, trouxe a percepção do caráter político e de lutas da área da saúde para a discussão nas universidades. Esse cenário forma as bases do movimento pela Reforma Sanitária no Brasil. Conforme Scorel et al., *“a ciência deixou de ser percebida como ‘neutra’ e a teoria passou a ser vista como um instrumento de luta política, com a realidade sanitária como seu objeto de estudo e intervenção política”* (2005: 64).

Os governos militares de Geisel e Figueiredo já marcaram um novo momento, caracterizado por uma inflexão e abertura. Realizaram esforços para resistir e controlar

esse enfrentamento político, ampliando os espaços de manifestação, realizando concessões econômicas e ações de política social, ao mesmo tempo paternalista e repressiva. Essas ações, que visavam à legitimidade e à estabilidade do regime, possibilitaram algumas brechas na burocracia estatal, espaços políticos que rapidamente foram ocupados por atores sociais envolvidos com a luta da Reforma Sanitária. Além dessa frente, a visibilidade de entidades civis organizadas para a defesa de um novo modelo de saúde pública crescia, de forma que as negociações governamentais já evidenciavam a necessidade de ampliar os fóruns.

O movimento da Reforma Sanitária tornou-se, gradualmente, uma força política que agregou diversas propostas contrárias ao regime. Na década de 80 ocorre o agravamento da tensão, com a crise financeira e da Previdência Social, e propostas do movimento que abrangiam a democratização do sistema, a participação popular, a universalização dos serviços e a defesa do caráter público do sistema de saúde. Encerra-se o período militar em meio a um cenário conflituoso: uma crise econômica e ao mesmo tempo uma organização da sociedade civil sem precedentes (CORTES, 2002).

Em 1985 inicia-se a redemocratização brasileira, com o governo Sarney. As lideranças do movimento sanitário assumem posições políticas-chave nas instituições de saúde no país, e a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, representa a mudança no papel institucional do controle social. Nesta Conferência, de forma ainda não legal, a população civil organizada é chamada pela primeira vez a participar das discussões com suas representações. Foi nesse espaço político que foram aprovados os princípios da Reforma Sanitária, a criação de um sistema único de saúde, com novo arcabouço institucional e independente da previdência, que iria influenciar a nova Constituição do país.

Retomando os períodos sinteticamente expostos, ressalta-se que, de formas diferentes em alcance político, o controle social esteve presente na história brasileira de democratização da política de saúde. Formais e informais, o controle atuou na participação, condução ou limitação das ações do Estado ao longo do processo, configurando-se pela atuação de atores políticos diversos, diretamente ou influenciando atores que estavam em postos políticos estratégicos para encaminhar demandas.

As Conferências, Comissões e os Conselhos de Saúde recebem destaque especial nessa trajetória. Já existentes antes de 1988, e em algumas localidades com participação ativa da população usuária, configuravam-se, porém, em sua maioria, como espaços de informação. Como princípio e diretriz, a “*Participação da Comunidade*” foi inscrita na Carta Magna de 1988, sendo posteriormente regulamentada pela Lei Orgânica do SUS (LOS) em 1990, tornando os espaços de participação legais, com objetivos de construção, controle social, participação na administração e gestão da política de saúde em todas as esferas da federação.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde representou a vitória dessa caminhada e da mudança de natureza desse espaço. Importante salientar que a participação da população usuária nos Conselhos e Conferências foi estabelecida, nos textos legais, como paritária, ou seja, 50% de representação organizada dos usuários, 25% de entidades de trabalhadores da saúde e 25% de representação do governo, entidades ou instituições de prestadores de serviços públicos, filantrópicos e privados (ESCOREL; BLOCH, 2005).

Segundo Cortes (2002), a institucionalização de mecanismos de participação tem sido vista como um complemento ou alternativa às formas tradicionais de representação política nas democracias liberais, considerando-se como prática de resistência ao clientelismo e ao paternalismo que ainda são características marcantes na política brasileira, condicionando e restringindo as relações entre o governo e os grupos de interesses. A autora identifica experiências de sucesso na consolidação dos conselhos e conferências principalmente em locais onde “*formou-se uma ‘policy community’ composta por uma elite de reformadores do sistema brasileiro de saúde em aliança com lideranças dos movimentos popular e sindical*” (CORTES, 2002, 43).

A participação de diversos movimentos sociais e atores políticos no processo de democratização da saúde pública brasileira foi fundamental para a implantação de formas de gestão participativa e de legitimação do controle social das ações do Estado. Conforme assinala Cohn e Elias, “*o controle social busca abrir caminhos em meio a uma sociedade desestimulada para as ações de cidadania e a um Estado desacostumado a ter seus atos controlados pela sociedade, portanto a um Estado infenso ao controle público*” (2003:69).

Considerando-se que os espaços de participação social na arena política da saúde não são os únicos a influenciarem as decisões governamentais, ainda assim, são reconhecidos com importância, como afirma Cortes (2009c):

(...) exercem importante papel ao fiscalizarem a implementação de ações, ao apresentarem demandas e propostas provenientes de entidades sociais e ao deliberarem sobre assuntos variados. Ao menos, nos casos do conselho e das Conferências Nacionais (...) funcionam também como espaços de congregação de atores individuais e coletivos na defesa dos princípios do SUS e como espaços de articulação de conselheiros (CORTES, 2009c: 119).

A institucionalização das conferências e dos conselhos na área da saúde demonstra a inflexão legal na defesa do Estado democrático. A luta pela consolidação desse modelo de política pública de saúde, de acordo com Campos (1994):

Significaria, ainda, lutar pela criação de mecanismos mais eficientes e democráticos de gestão, dando condições para a instituição do controle social sobre os serviços públicos, contribuindo para que a população venha a incorporar conhecimentos médicos e epidemiológicos. Implicaria participar da empreitada que procura vencer a alienação do trabalhador de saúde em relação ao seu objeto de trabalho, aos instrumentos e resultados de seu próprio trabalho, e que, entre outras soluções possíveis, procura envolvê-los com o planejamento e gerência dos serviços de saúde. (1994: 105)

A partir dessa reflexão, o trabalhador da saúde emerge como ator importante nesse processo, o que permite iniciar a discussão acerca de espaços de democratização da gestão nos processos de trabalho, incluindo-se a gestão colegiada como uma estratégia democrática transversal, que busca a retomada do sentido do trabalho, de autonomia e de compromisso pelo seu trabalho, ou seja, a valorização do trabalhador como protagonista de ações e transformações.

3 GESTÃO COLEGIADA: EXPERIÊNCIAS DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

3.1 Contexto normativo e político

Além dos documentos legais que embasam os espaços de participação da comunidade como princípio e diretriz do SUS, nos documentos das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) constam recomendações sobre a participação na gestão das políticas públicas de saúde, incluindo atores sociais como: as instituições prestadoras de serviços, os usuários e os trabalhadores.

Nesta área de política pública, outros dispositivos de participação também são recomendados, envolvendo os trabalhadores em espaços de gestão dos seus processos de trabalho e da instituição de saúde a que estão vinculados. Esses são abordados mais especificamente na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos da Saúde (NOB/RH-SUS).

A NOB/RH-SUS, foi aprovada e reafirmada pelo Conselho Nacional de Saúde como Política Nacional para a Gestão do Trabalho e Educação no SUS (Resolução n.º 330, de 4 de novembro de 2004). Dispõe acerca de princípios e ações para a retomada da importância do trabalho e da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e da regulação das relações de trabalho no setor saúde, ou seja, uma das formas de valorização é a constituição de espaços coletivos e participativos, em que cada profissional tenha reconhecida a sua importância e seja incentivado o seu protagonismo na discussão e organização do processo de trabalho de sua equipe:

Espera-se, por meio da sua implementação, valorizar o trabalhador e, assim, promover a fidelização de equipes com o trabalho interdisciplinar e multissetorial (BRASIL, 2005a: 9).

Os trabalhadores do setor Saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substitui a atuação de um trabalhador de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção (2005a: 20)

Conforme definição de Santos-Filho (2009), a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde pode ser compreendida como um conjunto de ações e dispositivos para ampliar a condição de direitos e de cidadania, pressupondo reorganização dos processos e relações de trabalho, tendo como estratégia principal a implementação de instâncias colegiadas de gestão, para a horizontalização e a democratização dos processos decisórios, exercitando e valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a autonomia e exercício de contratos. Em suas palavras complementa:

(...) valorizar é avançar na perspectiva de entender os trabalhadores como sujeitos de seu saber, seu fazer, seu trabalho, com uma inserção e atuação que levem à ampliação da sua capacidade de análise e de proposição no âmbito coletivo, constituindo-se como equipes (perspectiva da grupalidade, integração), exercitando a quebra de conhecimentos disciplinares estanques e avançando na atuação transdisciplinar. (SANTOS-FILHO, 2009:149)

A valorização do trabalho e do trabalhador é a busca do sentido do trabalho como constituinte do humano, em contraposição ao alçó em que ele foi transformado na sociedade capitalista. Como Antunes expõe: *“uma vida desprovida de sentido no trabalho é incompatível com uma vida cheia de sentido fora do trabalho”* (ANTUNES 2005:65). Significa retomar a importância da construção da identidade inerente ao ser humano. Nesse processo está a ideia, o planejamento, a decisão, a autonomia e o reconhecimento dos resultados de suas ações enquanto sua Obra. Significa lutar contra *“a alienação do trabalhador de saúde em relação ao seu objeto de trabalho, aos instrumentos e resultados de seu próprio trabalho, e que, entre outras soluções possíveis, procura envolvê-los com o planejamento e gerência dos serviços de saúde”* (CAMPOS, 1994:105).

Para auxiliar a compreensão da gestão colegiada como um dos enfoques da valorização do trabalhador, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), vinculada ao Ministério da Saúde, afirma: *“o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas”* (BRASIL, 2012:23), sendo o trabalho visto como um processo de troca de saberes, autonomia e corresponsabilização.

Dentre várias ações e políticas, que ocupam o debate da valorização do trabalhador, a gestão colegiada como espaço democrático de participação e de decisão acerca dos

processos de trabalho, emerge como eixo importante para a consolidação da autonomia e de sentido do trabalho. Alguns dispositivos podem ser elencados para essa operacionalização, como: horizontalização da estrutura de poder nas equipes de trabalho e na instituição; colegiados de gestão representativos da diversidade da equipe; controle social, como os conselhos de saúde; capacidade de construção coletiva e participativa dos processos de trabalho, com monitoramento e avaliação de resultados; corresponsabilização; sistema de avaliação do trabalhador, baseado em metas acordadas e em planos de trabalho; Mesa de Negociação Permanente instituída para negociação entre trabalhadores e gestores (SANTOS-FILHO, 2009).

O princípio dos espaços participativos de controle social, como os conselhos e conferências, é o de fortalecer o exercício da democracia participativa, possibilitando a voz a todos os atores envolvidos nas discussões e encaminhamentos, bem como o compromisso e a corresponsabilização pelas ações coletivas. Os colegiados de gestão e demais espaços de discussão e decisão coletiva, com base na negociação e no consenso, estão embasados no mesmo princípio de fortalecimento democrático, entretanto, mantendo suas distinções de natureza e processo, bem como do contexto institucional em que estão inseridos.

Pressupõe-se que, para um exercício efetivo de diálogo e de fortalecimento do controle social, conforme disposto nas normativas fundamentais do SUS, é necessário um exercício interno na instituição de saúde voltado a essa prática participativa. Ou seja, a busca de uma gestão interna democrática, que implica a reorganização de processos em equipamento público de assistência à saúde, fortalece a garantia de direitos dos trabalhadores e usuários, a *accountability* e a responsabilidade dos gestores públicos, convergindo para o debate do fortalecimento do Estado democrático. Essa visão afirma as ações institucionais internas como complementares às ações democráticas que envolvem os atores externos.

Na NOB/RH-SUS (2005) consta concepção de participação Bilateral na Gestão do Trabalho, orientando a implantação de práticas institucionais democráticas, significando:

(...) a participação dos gestores e dos trabalhadores nas Mesas Permanentes de Negociação, definindo os objetivos, os participantes, a metodologia, as pautas de

negociação das questões do trabalho, assim como os objetos de negociação como os salários, a carreira, as vantagens, os benefícios, os compromissos mútuos, além de definir as diretrizes, os critérios, os instrumentos, os mecanismos, os fluxos, os protocolos e as rotinas dos processos de trabalho em saúde e a resolução de conflitos (BRASIL, 2005a: 33).

Compreende-se que, além do embasamento normativo, é necessário o comprometimento dos atores institucionais e políticos para a implantação e manutenção de práticas democráticas. Desta forma, a NOB-RH/SUS apresenta atribuições e responsabilidades dos gestores nas três esferas de gestão, relacionando-se ao Planejamento Estratégico e da Gestão Colegiada:

- a) Implementar a gestão e a gerência colegiadas (governo e trabalhadores) no respectivo sistema e nos serviços de saúde (Idem, 3.1.1.11);
- b) Todas as esferas de gestão e todos os níveis de gerência do Sistema Único de Saúde, bem como os prestadores de serviços de saúde ao SUS, implantarão e implementarão, imediatamente, processos de planejamento ascendentes e descentralizados dos serviços de saúde, bem como metodologias de gestão colegiada, propiciando a participação efetiva de diferentes níveis e segmentos, incluídos os usuários, por meio de conselhos locais (estimulando-se o mesmo nos serviços conveniados e contratados), distritais ou regionais (Idem, 3.9.1);
- c) A implantação e implementação dos projetos assistenciais contarão com a participação organizada dos trabalhadores do SUS em seus locais de execução. (Idem, 3.9.2).

Esses princípios são reafirmados no Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (2007), conforme descrito:

Institucionalizar a gestão democrática e participativa, compartilhando-a entre gestores, trabalhadores e usuários, para proporcionar maior democratização, descentralização, autonomia, cooperação e co-responsabilização na organização dos serviços e nas relações de trabalho; (...), visando à consolidação de mudanças consistentes, tanto para o sistema de saúde como para o desenvolvimento da sociedade, e o desmonte da cultura de práticas autoritárias e centralizadoras da gestão (2007:15, item 30).

Prover o novo modelo de gestão democrática do SUS, que se pauta por uma visão mais cidadã, humanística e orientada por valores sociais, bem como por mecanismos de gestão pactuados entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores, referidos a parâmetros de qualidade, ética e proteção, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários (idem, item 32).

Entre outras recomendações, é possível afirmar que todas remetem à valorização do trabalhador pertencente às diversas categorias profissionais envolvidas no processo de trabalho, com referência aos dispositivos de gestão participativa e descentralizada, à organização do cuidado de forma multiprofissional em equipes de trabalho, à educação permanente, à desprecarização do trabalho, buscando, a partir dessa valorização do trabalho humano na saúde, maior resolutividade e qualidade dos serviços de saúde.

Cecílio (2010) apresenta estudo acerca das práticas de gestão colegiada em Campinas, que auxilia a compreender esse conceito e diretriz empiricamente. O autor afirma que a gestão colegiada tem sido adotada como o eixo de processos de gestão considerados como inovadores ou alternativos ao “modelo gerencial hegemônico”, no processo de construção do SUS, *“visando à constituição de espaço coletivo de contraste, disputa e composição das diferentes visões e interesses dos atores organizacionais, na perspectiva de uma prática mais solidária, menos alienada e mais cuidadora dos usuários”* (2010: 557).

Constitui-se também, como um espaço de tensão:

(...) entre a percepção do colegiado de gestão como espaço democrático, de práticas solidárias, dialógicas, visando à construção de consensos em torno de um projeto para a unidade, e a percepção do colegiado de gestão como espaço duro de disputa, de imposição de projetos que “vêm de cima”, revestindo-se, portanto, de um caráter mais instrumental e, onde, por consequência, nunca se pode “abrir tudo” (2010:561)

É um espaço em que estão presentes temas da autoridade, do poder, do controle da decisão, sendo perpassados pela autoridade legal-formal do gestor – representando o governo, os limites de autonomia de decisão, as normas e as políticas institucionais – e de outras instituições, como as corporativas das profissões e do conhecimento técnico-profissional (Cecílio, 2010).

A área hospitalar, em especial, segundo Ferla et all. (2009), tem sua gestão predominantemente fechada à participação de atores externos ou subordinados na hierarquia de poderes que lhe é característica:

Distinguem-se de outras instituições na medida em que as linhas de autoridade não se configuram apenas por meio da autoridade administrativa, mas principalmente pela existência de um forte poder técnico-profissional. São organizações com

marcada dualidade de poder, polarizada entre médicos e administradores (2009:177).

Desta forma, a criação de mecanismos de participação, principalmente considerando o universo dos hospitais vinculados ao Ministério da Saúde, partiu da indução dos gestores federais no contexto das mudanças implementadas no primeiro mandato do Governo Lula (2003), período que considera também a criação da Secretaria de Gestão Participativa e da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, com o objetivo de que “*a ampliação dos espaços de participação nos hospitais poderia induzir à mudança e à constituição de novos modelos de gestão e atenção nesses serviços*” (Ferla et al., 2009:185), considerando-se que tais mecanismos poderiam contribuir com a governança, mudanças de políticas e maior adequação às necessidades da população.

Conforme identifica Campos (1994), referente à busca de um novo padrão de gestão para o Sistema Único de Saúde (SUS):

Finalmente, há que se considerar (...) diretriz desta Reforma Administrativa e dos Padrões de Gestão do SUS, também essencial e necessária à transformação do modo de produção de serviços de saúde. Trata-se da democratização dos instrumentos de gerências das empresas públicas.

É inadiável a institucionalização de mecanismos permanentes que assegurem a gestão coletiva dos serviços de saúde. Estas instâncias deveriam ser incorporadas aos “organogramas” oficiais, sendo regulamentadas a partir de discussão aberta entre vários segmentos sociais e do recolhimento de subsídios das próprias avaliações das experiências levadas a cabo (Campos, 1994:123).

Mais especificamente, a constituição de colegiados de gestão nas instituições de saúde exerce papel importante para a reorganização e a qualificação das práticas de cuidado. Afirma-se que, assim como os conselhos e conferências não são o Estado e não governam, os colegiados de gestão não são a instituição, ou seja, apoiam a gestão, mas não dão conta da complexidade das decisões institucionais, bem como da hierarquia existente e das responsabilidades técnicas e jurídicas das quais os gestores estão incumbidos pelo papel exercido no contexto da organização. Enquanto espaço político, permeado pelo contexto institucional, de governo e de diferentes interesses individuais dos atores envolvidos, Cecílio (2010) afirma:

Não há uma “fórmula” de colegiado de gestão. Ele não pode ser pensado como a estratégia de gestão, capaz de propiciar, sozinho, espaço institucional com potência

para conciliar interesses/desejos individuais com a racionalidade mais instrumental que atravessa a organização, com sua incontornável necessidade de adequar meios (modos de se fazer a gestão do trabalho, centralmente) com os fins ou a produção de valores de uso (produzir cuidado) (2010: 563).

Para operacionalizar essa mudança de paradigma, o autor afirma a necessidade de acompanhamento e apoio institucional, bem como espaços de educação permanente, tanto para os gestores como os membros da equipe envolvidos, enfocando os limites e possibilidades da gestão colegiada, visto que *“nenhum colegiado de gestão, mesmo o que se aproxime da idealidade anunciada pelos seus formuladores como estratégia de gestão, dará conta da complexidade da vida organizacional”* (CECILIO, 2010:563).

Cecílio ainda expõe algumas considerações, sintetizadas a seguir (2010: 564):

1. o colegiado de gestão pode ser condição necessária, mas nunca suficiente para a produção de modos mais compartilhados de gestão;
2. o modo real de funcionamento do colegiado de gestão adquirirá múltiplas configurações e sentidos, a depender do contexto organizacional em que é experimentado;
3. o gerente de um serviço que adota o colegiado de gestão deve ser preparado e apoiado, por meio de processos pedagógicos apropriados – seja na linha construtivista dos processos de educação permanente, seja na linha de apoio institucional –, para lidar com sua própria implicação na organização e condução do colegiado de gestão e para que tenha a melhor compreensão possível das dificuldades e das tensões imanentes a tal dispositivo;

Considerando a literatura exposta, juntamente ao acúmulo da construção coletiva de diversos atores sociais relacionados nos documentos e nas recomendações nacionais para Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, na busca pela valorização do trabalho e implantação de dispositivos de democratização da gestão, apresenta-se a experiência do Grupo Hospitalar Conceição.

3.2 Experiências de gestão colegiada no Grupo Hospitalar Conceição

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) está vinculado ao Ministério da Saúde (MS) e é formado pelos hospitais Nossa Senhora da Conceição, Criança Conceição, Cristo

Redentor e Fêmeina, além de doze postos do Serviço de Saúde Comunitária e de três Centros de Atenção Psicossocial. O Grupo surgiu em 1975 quando, por intervenção do regime militar, o Estado assumiu a administração desses equipamentos e o transformou em um grande complexo hospitalar.

Em 2003, no contexto do governo Lula, e no mesmo ano em que foram criadas as Secretarias de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e de Gestão Participativa em Saúde, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) assumiu o atendimento assistencial totalmente vinculado ao SUS. A partir desse alinhamento com o Ministério da Saúde, um conjunto de estratégias e de ações foi desenvolvido na instituição de modo a aproximar, cada vez mais, os seus modelos de gestão e atenção com aqueles preconizados para o sistema de saúde brasileiro desde a Constituição Federal de 1988 (GHC, 2011; 2012b).

De forma complementar, o GHC, segundo Ferla et al. (2009), é identificado com um diferencial histórico na trajetória da participação social na gestão, visto que é o único serviço vinculado à gerência do Ministério da Saúde que atua na gestão plena municipal, e que permitiu uma atuação marcante de participação no município. Além disso, localiza-se em Porto Alegre, que apresenta, junto com os municípios da Região Metropolitana, um alto padrão de associativismo e interesse por política, que:

(...) podem se constituir em diferencial no contexto das unidades hospitalares estudadas, uma vez que tal fator, de acordo com a literatura, pode estar na origem de demandas crescentes de permeabilidade na gestão pública (FERLA et al., 2009: 180).

Para iniciar a reflexão das iniciativas em gestão participativa, apresenta-se um conjunto de mecanismos de participação identificados no GHC como importantes e complementares, conforme a classificação de Ferla et. all (2009):

a) Mecanismos de participação de atores externos:

- a. abrangência coletiva: fóruns, conselhos e comissões, orçamento participativo.
- b. abrangência individual: ouvidoria e pesquisa de satisfação dos usuários.

b) Mecanismos de participação de atores internos:

- a. abrangência coletiva: colegiados de gestão, comissões, grupos de trabalho e planejamento, mesa de negociação com os trabalhadores, orçamento participativo.
- b. abrangência individual: ouvidoria para os trabalhadores, pesquisa de satisfação dos trabalhadores (não permanente).

Conforme o autor, foi identificada a existência de três conselhos: o Conselho de Administração, composto por representantes do Ministério da Saúde e do Planejamento, das secretarias estadual e municipal de Saúde, da diretoria do GHC, e representantes sociais (um eleito pelos trabalhadores dos hospitais e outro indicado pelo Conselho Estadual de Saúde); o Conselho Intercomunitário, composto por lideranças de moradores das áreas de abrangência das unidades básicas de saúde do GHC, e de trabalhadores do Serviço de Saúde Comunitária, fórum no qual se debatiam as questões relacionadas ao atendimento da atenção primária em saúde; o Conselho Gestor do GHC, vinculado também ao Conselho Municipal de Saúde, composto por indicações do Conselho Municipal, por representantes: de entidades profissionais, de trabalhadores de saúde, da gestão estadual e municipal, e da diretoria do GHC (Ferla et. all, 2009). Atualmente cada unidade hospitalar conta com Conselho Gestor específico, de forma que os assuntos em pauta trazem as especificidades que caracterizam os diferentes públicos e patologias atendidas em cada Hospital (GHC; 2012b).

O espaço da ouvidoria do GHC, identificado como existente também nos demais hospitais vinculados ao Ministério da Saúde, foi destacado no estudo de Ferla et. all. visto que:

além do processo de queixa-resposta, foram verificados procedimentos de reavaliação provocados por reclamações que podiam gerar mudanças em processos de trabalho e organização de serviços. Portanto, há indicações de que as queixas de usuários individuais encaminhadas à ouvidoria interferiam, ainda que pontualmente, em processos de gestão administrativo-operacionais e de cuidado (2009: 189).

É possível perceber que o GHC apresenta uma história institucional relacionada à inclusão de diferentes atores no processo de administração e gestão, que ganha uma visibilidade e investimento maior durante o período do governo Lula.

Conforme Relatórios de Gestão da equipe Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento (GTED), vinculada à Gerência de Recursos Humanos, é possível verificar que a partir desse contexto histórico, o grupo diretivo do GHC está implementando políticas e ações que estimulam a democratização da gestão e a participação dos empregados, fundamentadas nas proposições nacionais das Conferências, da NOB-RH/SUS e demais diretrizes do Ministério da Saúde. Desta forma, o GHC afirma como uma de suas diretrizes estratégicas a “Democratização da Gestão” (GHC, 2011, 2012a., 2012b).

Inserindo-se nesse processo, a implantação da Política de Avaliação e Desenvolvimento, em 2006, é considerada como indissociável para a compreensão e a consolidação de práticas de gestão participativa, tendo como objetivo geral:

contribuir com o crescimento dos trabalhadores, das equipes de trabalho e da instituição, incentivando a participação de todos nos processos de decisão buscando qualificar o modelo de gestão coletiva e de atenção à saúde preconizados para o SUS (GHC 2012b:11).

É considerada como uma ferramenta para qualificação da produção do fazer em saúde, que se viabiliza como um processo permanente de reflexão e de construção de novas práticas de gestão do trabalho. Está afirmada como política institucional, tendo como objetivos, de forma sintética: a qualificação permanente do modelo de gestão e das práticas assistenciais; a promoção de processos de avaliação, planejamento e educação permanente, buscando a qualificação dos processos de trabalho, do desenvolvimento profissional, das equipes de trabalho; e a ampliação da participação dos trabalhadores e usuários nos espaços de tomada de decisão, estimulando o diálogo e ações coletivas (idem).

A implantação dessa Política de Avaliação e Desenvolvimento identificou como necessidade a discussão acerca da composição das equipes de trabalho existentes no GHC, e que para atender às diretrizes do SUS, precisariam estar constituídas a partir do processo de cuidado da saúde do usuário. Com essa orientação institucional de concepção de equipes multiprofissionais e com suas práticas voltando-se cada vez mais para a busca de uma interdisciplinaridade, iniciou-se também o debate da cogestão, ou colegiados de gestão.

O resultado do debate institucional foi a implementação de Colegiados de Gestão nos diversos níveis gerenciais do GHC, a partir de 2007. Conforme as definições utilizadas nos documentos da GTED (GHC, 2011; 2012b), os Colegiados de Gestão são compostos por gestores e trabalhadores das equipes (toda a equipe ou representantes eleitos), sendo um espaço de construção coletiva e vivência dos princípios da gestão participativa. Configura-se como espaço permanentemente aberto à participação de todos, entre gestores e trabalhadores, com representação de trabalhadores de diferentes turnos e categorias profissionais. Como objetivos, destacam-se: o planejamento, com a construção de metas e indicadores; o monitoramento, a análise e a avaliação dos processos de trabalho; a identificação e proposição de atividades de formação/educação permanente para a equipe; a promoção do diálogo; a socialização de informações; a redefinição de fluxos e rotinas do setor; o debate sobre infraestrutura e a proposição de investimentos.

Os espaços de gestão colegiada buscam promover a corresponsabilização e a atuação propositiva dos trabalhadores frente aos objetivos e compromissos da equipe e do GHC, o protagonismo e a contribuição de todos para a qualidade da atenção integral aos usuários. Ressalta-se a afirmação de Cecílio (2010) acerca do processo tenso e permanente da gestão participativa, com avanços e recuos. Considerando a experiência exposta e a análise da documentação institucional do GHC, podem ser identificados avanços para a gestão participativa:

- a) A constituição de 227 colegiados de gestão, em caráter multiprofissional e com a participação de gestores e trabalhadores – em que pese os distintos graus de maturidade e consolidação dos colegiados em funcionamento, que revelam formações mais insipientes, burocratizadas, até experiências mais exitosas, com reuniões sistemáticas e a participação ativa de diversos representantes da equipe;
- b) A utilização da estratégia de planejamento comum a todas as equipes com a definição de indicadores e metas pactuadas desde os processos locais até institucional, demonstrando a assimilação do princípio do planejamento ascendente e descendente como aspecto essencial da existência do colegiado

de gestão, e buscando a melhoria e alcance dos resultados para os serviços prestados;

- c) A discussão e redefinição de rotinas e processos de trabalho, incidindo diretamente na qualidade do trabalho e na assistência prestada, como prática exitosa observada em um número significativo de Colegiado;
- d) A busca de soluções negociadas para os problemas identificados no cotidiano do trabalho;
- e) O reconhecimento, por trabalhadores e por alguns gestores comprometidos, do espaço do colegiado de gestão como dispositivo de participação, planejamento e de solução de conflitos.

Por outro lado algumas dificuldades são identificadas no processo e indicam desafios colocados para o fortalecimento dos mecanismos de gestão participativa e consolidação dos Colegiados de Gestão, como por exemplo: que a implementação e consolidação da gestão participativa aumenta ou diminui conforme o apoio dos atores institucionais; há dificuldades na organização do trabalho para incentivar a participação nos espaços de planejamento; em alguns colegiados, as reuniões por vezes apresentam-se como espaços de repasses de informações, e não de construção coletiva; alguns processos de planejamento ainda são pouco participativos e com metas pouco significativas para a qualificação de processos; ainda é necessário avançar na articulação dos colegiados com outros dispositivos de gestão participativa da instituição, como Conselhos Gestores e o Plano de Investimentos².

É possível perceber que a experiência do GHC apresenta muitos aspectos em consonância ao exposto nas normativas do Ministério da Saúde, bem como na experiência relatada por Cecílio (2010). A gestão colegiada, conforme preconizado na NOB-RH/SUS, é uma mudança de paradigma, na qual estão implicadas tensões históricas entre os profissionais de saúde. A prerrogativa do saber médico é fator importante que dificulta o

² O Plano de Investimentos é um processo embasado e semelhante ao Orçamento Participativo de Porto Alegre, no qual uma parcela do orçamento do GHC é direcionada à discussão dos representantes dos trabalhadores acerca das prioridades de investimento do período.

trabalho em equipe interdisciplinar e a gestão compartilhada e horizontalizada. Outro fator importante é a relação entre o gestor e a equipe. O gestor é – e deve ser – a figura da instituição, que sinaliza os limites da autonomia de decisão da equipe e das regras institucionais, e ele é cobrado por esse papel exercido. Ainda que as decisões sejam construídas de forma coletiva, em alguns momentos e em algumas temáticas de decisão ele precisará responder enquanto tal, e que por vezes poderá gerar desconforto no colegiado de gestão. A construção do processo coletivo deve contemplar essa especificidade (CECILIO, 2010).

As questões do poder, da autoridade, do controle da decisão estão presentes cotidianamente. Além das dificuldades do gestor, já expressas, nem sempre os trabalhadores querem a gestão participativa, uma vez que a cogestão implica em uma maior responsabilização e uma atuação compromissada com o processo de trabalho, modificando o papel do trabalhador de um espectador das decisões para um dos atores envolvidos, segundo Lucas (1985):

A participação não só ajuda as pessoas a interpretarem o fenômeno do governo como uma forma de ação, e não um mero tipo de acontecimento, mas leva-as a criticar a partir do ponto de vista de agentes, e não de espectadores. É fácil criticar. É fácil descobrir erros nas ações governamentais. O mais difícil é sugerir alternativas praticáveis. Aqueles que já participaram do poder decisório conhecem as imensas dificuldades enfrentadas pelos que tomam decisões, e julgarão o desempenho dos atuais responsáveis, se não com indulgência, ao menos com um toque de realismo. (...). O crítico capcioso é logo silenciado. "Se você não gosta da forma como as coisas estão sendo realizadas", nós lhe perguntamos: "O que você fez para remediá-la, enquanto havia tempo?" Quando as oportunidades estão abertas para que qualquer pessoa ventile suas opiniões, apresente propostas e solicite apoio, os que não se preocupam em tomar quaisquer iniciativas para melhorar o estado das coisas perdem seu direito a queixas. A participação não sufoca as críticas - longe disso. Mas ela realmente mostra as críticas ociosas pelo que elas são. Tais críticas, se querem ao menos ser bem construídas, devem ser levantadas por pessoas que estão propondo sérias alternativas às políticas seguidas no momento, e que estão conscientes das dificuldades e obstáculos de cada curso de ação (p.112-113).

As reflexões do autor acerca da participação elucidam algumas das dificuldades enfrentadas, mas também a importância desses espaços. Desta forma, é necessário um exercício constante para a movimentação no contexto de tensão da vida organizacional, de retomada do sentido do trabalho, da autonomia, do compromisso com o trabalho:

O colegiado de gestão poderá ser visto tanto como instrumento para ampliar a democratização da gestão e a autonomia das equipes, numa perspectiva mais emancipatória, como poderá adquirir o caráter de arranjo institucional para aumento de controle e “alinhamento” das equipes em torno de diretrizes governamentais, numa perspectiva mais instrumental. Na prática, as duas tendências conviverão, sempre, no colegiado de gestão (CECÍLIO, 2010: 563).

Ainda que sem uma fórmula, é possível identificar algumas questões norteadoras para a compreensão do funcionamento, organização e experiências dos colegiados, como por exemplo:

- a) Organização: realização de reuniões sistemáticas, com calendário e pautas previamente estabelecidos e divulgados; registro das reuniões em atas e disponíveis aos membros da equipe;
- b) Atores: presença de gestores e trabalhadores, com representação de diferentes categorias profissionais e de diferentes turnos de trabalho; o incentivo à participação dos presentes;
- c) Debate: os processos de discussão priorizam decisões coletivas, cogestão, pactuações e consensos;
- d) Planejamento: existência de momentos de socialização de informações, discussão do processo de trabalho, rotinas e fluxos; existência de momentos de planejamento, monitoramento e avaliação do processo de trabalho e de metas locais;
- e) Articulação com outros dispositivos participativos, como os conselhos, ouvidorias, pesquisas;
- f) Relações de trabalho: contribuição para melhoria das relações de trabalho e resolução de conflitos;
- g) Assistência aos usuários: contribuição para a qualificação e resolutividade dos serviços prestados aos usuários.

A construção dessas questões norteadoras, embasada no trabalho da equipe Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento do GHC, possibilitam uma direção àqueles que estão interessados em implantar o processo de gestão participativa.

Conforme é possível verificar, frente ao exposto, o GHC está em processo de constante crescimento na direção da democracia participativa, desde o início de sua trajetória histórica, vinculada à atuação nos espaços de controle do município de Porto Alegre, como em experiências inovadoras frente aos demais hospitais vinculados ao Ministério da Saúde, ressaltando-se os diferentes conselhos existentes, o tratamento das

informações obtidas nas ouvidorias, e a experiência dos colegiados de gestão nos diversos níveis gerenciais do Grupo.

Os espaços de gestão colegiada internos trazem um acúmulo de discussões, parâmetros e amadurecimento que auxiliam e fortalecem o diálogo com os demais espaços de Controle Social instituídos, visto que o exercício constante da negociação, da escuta, do planejamento coletivo, da qualificação dos processos de trabalho possibilitam o desenvolvimento da democracia enquanto vivência empírica e cotidiana. Além disso, o conjunto de princípios e experiências expostas impactam diretamente e positivamente na adequação da assistência às reais demandas da população e na qualidade dos serviços prestados.

A caminhada não é isenta de tensão e dificuldades, mas possibilita um avanço para a responsividade e responsabilização dos gestores, da *accountability* e para além dessa, da publicidade, compreendida por Filgueiras (2011) como a superação de uma transparência pública, por vezes vaga, de informações para a construção pública de decisões e políticas, ou seja, espaços formais de participação na gestão de políticas, definição que pode ser aplicada aos diferentes níveis gerenciais. Considera-se, portanto, que o GHC apresenta experiências ricas para reflexão, e que auxiliam as discussões que direcionam-se para a consolidação do Estado Democrático.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo expressa como princípio fundamental da democracia a possibilidade legítima e institucionalizada da oposição ao poder instituído, como central ao exercício da liberdade pelos sujeitos. A inscrição na Carta Magna de 1988 do princípio da participação da comunidade na política pública de saúde pode ser reconhecida como uma das garantias institucionais do Estado brasileiro nessa direção. O Controle Social, estruturado como os Conselhos e Conferências de Saúde, é regulamentado, posteriormente na Lei Orgânica da Saúde (leis 8.080/90 e 8.142/90), como espaços de gestão participativa para a formulação, a fiscalização e o controle das ações na política de saúde, atualmente estabelecido em outras políticas públicas. A trajetória de pioneirismo e de lutas sociais da saúde pública contou com a participação ativa de movimentos sociais e de trabalhadores da saúde para a consolidação do que é denominado Sistema Único de Saúde.

O contexto do governo Lula (2003) estabeleceu uma inflexão e um fortalecimento das práticas de gestão democrática participativas, dando fôlego para outras ações e espaços nessa direção. A criação das Secretarias de Gestão Participativa e Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde pode ser considerada como reforço institucional pautando na agenda do Ministério da Saúde outras ações, que ampliam e complementam os conceitos de participação e de liberdade dos sujeitos, compreendidas como a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde.

A valorização do trabalho e do trabalhador da saúde implica a busca do sentido do trabalho, ou seja, o reconhecimento dos resultados de suas ações como sua Obra (Campos, 1994), na compreensão marxiana de trabalho, retomando-se a autonomia, a decisão, e o planejamento no processo do trabalho. O trabalhador é visto como agente transformador do seu ambiente de trabalho e protagonista do seu processo de trabalho, percepção que considera central a responsabilização e o compromisso da ação e dos resultados de seu trabalho.

Como dispositivo transversal para as ações de valorização, os espaços de gestão participativa internos nas instituições de saúde, considerando os hospitais vinculados ao

Ministério da Saúde e em especial o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), foram induzidos pelas políticas governamentais como estratégias para permear a gestão administrativo-assistencial ao controle social, na tentativa de modificar os modelos de atenção, aumentar a responsabilidade dos gestores, estabelecer prioridades de atuação e articular o diálogo com os demais espaços de Controle Social. Como mudança de paradigma do caminho das práticas autoritárias e centralizadoras históricas das estruturas hospitalares (FERLA et. all, 2009), a ação governamental neste sentido foi fundamental para a consecução dessas experiências.

O alinhamento do GHC às políticas do Ministério da Saúde contextualiza-se principalmente a partir de 2003, quando, sob o governo Lula e a gerência deste Ministério, o GHC passa a atender totalmente pelo SUS. O planejamento da Instituição passou a contemplar, desde esse período, a diretriz de Democratização da Gestão, desta forma a discussão da organização interna e do diálogo com os espaços de controle social entrou na pauta institucional.

A implantação de uma Política de Avaliação e Desenvolvimento, uma das escolhas estratégicas de política institucional, impulsionou a reflexão acerca do trabalho em equipes, organizadas de acordo com o processo de cuidado da saúde do usuário e de forma interdisciplinar, o que trouxe para o debate o planejamento local, a cogestão e a corresponsabilização como aspectos fundamentais. A tensão desse tema é evidente, considerando-se o espaço hospitalar, e as suas divisões hierárquicas duras da administração (FERLA et all, 2009).

A experiência do GHC apresenta em seu desenvolvimento, avanços e desafios. Como resultados positivos, podem ser considerados: a constituição de colegiados de gestão, em caráter multiprofissional, com participação de gestores e trabalhadores, e em diferentes níveis gerenciais (equipes, gerentes, alta administração e conselhos); o planejamento ascendente em complementaridade ao descendente, de forma sistemática; a discussão de qualificação de processos e rotinas de trabalho; e a busca de soluções negociadas para os problemas cotidianos.

Como desafios, verificam-se por exemplo: a necessidade de reforço e incentivo constante da administração e dos gestores à consolidação e manutenção dos espaços

colegiados, visto ser uma prática contra-hegemônica; a dificuldade da organização do trabalho para incentivar a participação nos espaços de planejamento; e algumas reuniões com caráter informativos, e não de construção coletiva. Portanto, há consideráveis avanços, e semelhanças com os aspectos identificados como importantes por Cecílio (2010), ainda assim, há necessidade de constante reflexão e afirmação institucional, para a qualificação e desenvolvimento permanente desses espaços de gestão democrática.

A responsividade e *accountability* da gestão pública são temas que estão cada vez mais ocupando a centralidade das ações em gestão pública. Conforme Filgueiras (2011), para além de um acesso às informações e respostas dos agentes públicos, o conceito de publicidade, considerado pelo autor como a construção coletiva das decisões, seria o mais adequado para fornecer a dimensão da discussão democrática. Desta forma, é possível afirmar que as experiências de gestão participativa do GHC estão em consonância às demandas de fortalecimento do Estado democrático.

Conforme o exposto, percebe-se que os espaços internos de gestão participativa contribuem para o sucesso na articulação com o controle social, que conta com a participação de atores sociais externos à comunidade institucional. Ou seja, quanto mais a instituição de saúde estiver permeada de processos de construção e gestão participativas, mais facilmente estabelecerá essa relação, que exige uma maior responsabilidade de todos os atores com o processo de trabalho desenvolvido, com o estabelecimento de um planejamento compatível com as principais demandas da população, com o direcionamento dos objetivos a atingir e da efetividade de suas ações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVAREZ, Marcos César. *Controle social: notas em torno de uma noção polêmica*. Rev. São Paulo em Perspectiva, 18(1): p. 168-176, 2004.
- ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As Mutações no Mundo do Trabalho na Era da Mundialização do Capital. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 19 de dez. de 2009.
- ANTUNES, Ricardo. *O Caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2005.
- ANTUNES, Ricardo. As Formas de padecimento no trabalho. Revista *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.17, n.4, p.7-10, 2008.
- AYALA, Arlene L. M.; OLIVEIRA, Walter Ferreira de.. A Divisão do Trabalho no Setor de Saúde e a Relação Social de Tensão entre Trabalhadores e Gestores. In: *Trabalho, Educação e Saúde*, vol.5, n.2 (2007) – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007, pp.217-241.
- AZAMBUJA, Darcy. *Teoria Geral do Estado*. 4 ed. São Paulo: Globo, 2008.
- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Coimbra, Portugal: Edições 70, 2009.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G.. *Dicionário de Política*. 4ª ed. Brasília, DF: UNB, 1992.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resoluções*. Disponíveis em <http://conselho.saude.gov.br>.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de Outubro de 1988*.
- BRASIL. Congresso. *Lei 8.080* de 19 de Setembro de 1990.
- BRASIL. Congresso. *Lei 8.142* de 28 de Dezembro de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Conferência Nacional de Saúde, 8ª. Relatório Final*, março de 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final*. Brasília, outubro de 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final. In: *Cadernos RH Saúde*, Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, v.1, n. 1, Brasília, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Relatório Final*. Ministério da Saúde, Brasília: Editora do MS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Cadernos ProgeSUS; 1)*

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: agenda positiva do* Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS, 2005 (b).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Gestão do Trabalho na Saúde.* Brasília : CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Glossário Temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 44p (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. *Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES: políticas e ações.* 1 ed., 1 reimp., Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 32p. (b)

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida.* São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, out-dez, 1998. Disponível em www.scielo.br, acesso em 30/08/2009.

CAMPOS, F. E.; PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H.. Conferências de saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. In: *Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – v.3, n. 1 (mar. 2006).* Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CASTRO, Celso Antônio Pinheiro de. *Sociologia do Direito: fundamentos de sociologia geral; sociologia aplicada ao direito.* São Paulo: Atlas, 1996.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(3):557-566, mar, 2010.

COHEN, S. The critical discourse on “social control”: notes on the concept as a hammer. *International Journal of the Sociology of Law*, v.17, n.3, august, 1989, p.347-357.

COHN, Amélia. Notas sobre Estado, políticas públicas e saúde. In: GERSCHMAN, Silvia e VIANNA, Maria Lúcia W (Org.). *A Miragem da Pós-modernidade.* Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, pp. 101-113.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E.. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 5.ed., São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003.

CORTES, Soraya M.V.. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7), jul, 2009a, p.1626-1633.

CORTES, Soraya M.V.. (org.). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009 b.

CORTES, Soraya M.V.. Conselhos e Conferências de Saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S; LOBATO, L. V. C. (orgs). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009 c.

CORTES, Soraya M.V.. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Rev. Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 18-49.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R. do; EDLER, Flavio C.. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org.) *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 59-81.

SCOREL, Sarah; BLOCH, Renata A. de. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org.) *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 83-119.

FEDOZZI, Luciano. *Orçamento Participativo: reflexões sobre a experiência de Porto Alegre*. Tomo Editorial, RJ: UFRJ/IPPUR, 2001.

FERLA, A.; POSSA, L.; ARMANI, T. B.; SCHAEGLER, L.I.; CORTES, S.V.. Mecanismos de Participação em Hospitais do Ministério da Saúde. In: CORTES, Soraya Vargas (org.). *Participação e Saúde no Brasil*. RJ: Editora Fiocruz, 2009.

FERNÁNDEZ, Ernesto; DE SOTOMAYOR, Carlos Álvarez (orgs.). *Democracia y Presupuestos Participativos*. Barcelona: Icaria Editorial AS, 2003.

FILGUEIRAS, Fernando. Além da transparência: *accountability* e política da publicidade. *Revista Lua Nova*, São Paulo, v. 84, 2011, p. 65-94.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E.E.. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

GARCIA, Ana Cláudia Pinheiro. *Gestão do Trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social - UFRJ: Rio de Janeiro, 2010.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Agenda Estratégica da Gestão (2012-2015)*. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/files/arq.ptg.6.1.5824.pdf>. Acesso em: 15 de dez. 2012a.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Gerência de Recursos Humanos. Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento. *Relatório de Gestão 2010*. Porto Alegre, 2011. Disponível em:

<http://www.ghc.com.br/portalrh/institucional.asp?idRegistro=88&idRegistroSM=83&idRegistroML=84&idSBM=1>. Acesso em 15 de dez. 2012.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Gerência de Recursos Humanos. Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento. *Relatório de Gestão 2011*. Porto Alegre, 2012b.

Disponível em:

<http://www.ghc.com.br/portalrh/institucional.asp?idRegistro=88&idRegistroSM=83&idRegistroML=84&idSBM=1>. Acesso em 15 de dez. 2012.

HIRST, Paul. *A Democracia representativa e seus limites*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992, p. 7-46.

LIMA, Nísia T; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade (org.) *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p.27-58.

LUCAS, John Randolph. *Democracia e Participação*. Trad. Cairo Paranhos Rocha. Brasília, Editora da Universidade de Brasília, 1985.

MENEZES, Juliana Souza Bravo de. O Conselho Nacional de Saúde na atualidade: reflexões sobre os limites e desafios. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J.S.B. de. (orgs.) *Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012.

MENDES, Denise C. V. R.. Representação política e participação: reflexões sobre o déficit democrático. *Rev. Katálysis*. Florianópolis v. 10 n. 2, jul./dez. 2007, p. 143-153.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):305-314, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de S.. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

PIERANTONI, Célia R.; VARELLA, Thereza C.; FRANÇA, Tania. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, André F. do R. (org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. Estudos e Análises – v. 2, 2004. Disponível em www.opas.org.br/rh/publicacoes. Acesso em 15 de ago de 2011.

ROLLO, Adail de Almeida. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? In: SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS DE BARROS, Maria Elizabeth (orgs). *Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed Unijuí, 2009.

SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS DE BARROS, M. Elizabeth (orgs). *Trabalhador da Saúde: muito prazer! – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed UNIJUÍ, 2009.

SANTOS-FILHO, Serafim B.. Indicadores de *Valorização* do Trabalho e Trabalhadores da Saúde. In: SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS DE BARROS, M. Elizabeth. *Trabalhador da Saúde: muito prazer! – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed UNIJUÍ, 2009.

SAYD, Jane D.; JUNIOR, Luiz V.; VELANDIA, Israel C.. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). *Physis: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8(2), 1998, pp 165-195.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle Social e Políticas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 8 (4), out/dez, 1992, p. 366-378.

TOURAINÉ, Alain. *O que é a democracia?* Petrópolis, Vozes, 1996.

TOURAINÉ, Alain. O que é democracia. In: TOURAINÉ, Alain. *Crítica da Modernidade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994, p. 343-370.

REFERÊNCIAS DE APOIO

ALMOND, Gabriel. The intellectual history of civic culture concept. In: ALMOND, Gabriel; VERBA, Sidney (Ed.). *The civic culture revisited*. London: Sage, 1989. p. 1-36.

BOIX, Carles. A theory of political transition. In BOIX, Carles. *Democracy and Redistribution*. New York: Cambridge University Press, 2003 p. 19-59.

CATTANI, Antonio David (org.) *Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico*. Porto Alegre: Ed da Universidade; Petrópolis: Ed Vozes, 1999.

COSTA, Nilson do Rosário. Políticas Públicas, Direitos e Interesses: Reforma Sanitária e organização sindical no Brasil. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

DURKHEIM, Émile. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Ed. Nacional, 1985.

INGLEHART, Ronald and NORRIS, Pippa. Comparing secularization worldwide. In: INGLEHART, Ronald and NORRIS, Pippa. *Sacred and Secular: religion and politics worldwide*. Cambridge: Cambridge University Press. 2004, Chapter 3.

LIJPHART, Arend. *Modelos de democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

LIJPHART, Arend. *The puzzle of Indian democracy: a consociational interpretation*. *American Political Science Review*, Washington: 90/2, 1996, p. 258-268.

LIPSET, Seymour; SEONG, Kyoung-Ryung & TORRES, John. *Une analyse comparative des prérequis sociaux de la démocratie*. Paris, *Revue Internationale des Sciences Sociales*, 136, 1993, p. 181-205.

MARX, Karl. *Trabalho Assalariado e Capital*. São Paulo: Ed. Acadêmica. 1987.

PRZEWORSKI, Adam; ALVAREZ, Michael; CHEIBUB José Antonio, and LIMONGI, Fernando. Economic development and political regimes. In: *Democracy and Development: Political Institutions and Material Well-Being in the World, 1950-1990*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p. 78-141.

SHUGART, Mattheew & CAREY, John. *Presidents and assemblies: constitutional design and electoral dynamics*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

THELEN, Kathleen; STEINMO, Sven. Historical Institutionalism in comparative politics. In: STEINMO, Sven; THELEN, Kathleen; LONSTRETH, Frank (orgs.) *Structuring Politics: historical institutionalism in comparative perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992 p. 1-32.

TILLY, Charles. *Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007, p.1-24.