

5. Mecanismos de participação em hospitais do ministério da saúde

Alcindo Antônio Ferla
Lisiane Bôer Possa
Teresa Borgert Armani
Lúcia Inês Schaedler
Soraya Vargas Côrtes

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

FERLA, AA., *et al.* Mecanismos de participação em hospitais do ministério da saúde. In: CÔRTEZ, SV., org. *Participação e saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, pp. 177-198. ISBN 978-85-7541-346-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

5. MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO EM HOSPITAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

*Alcindo Antônio Ferla
Lisiane Bôer Possa
Teresa Borgert Armani
Lúcia Inês Schaedler
Soraya Vargas Côrtes*

Apresenta-se neste capítulo um estudo sobre mecanismos de participação nos hospitais vinculados diretamente ao Ministério da Saúde e examinam-se os resultados do estudo empírico que identificou mecanismos, dispositivos e tecnologias de participação nos hospitais. A análise aqui realizada é essencialmente descritiva, visando a identificar e classificar os tipos de mecanismos existentes. A caracterização daí resultante é apresentada, levando em conta o histórico e as características fundamentais de cada organização hospitalar e os aspectos contextuais da política e do sistema de saúde.

Os hospitais são organizações que têm processos decisórios especialmente fechados à participação de atores externos ou subordinados na hierarquia de poderes que lhes 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. Carapinheiro (1998), ao analisar a questão dos poderes no hospital, ressaltou que sua estruturação característica nas sociedades contemporâneas e seu funcionamento cotidiano são o resultado de uma ordem negociada entre os diversos atores, com preponderância dos médicos, cujo poder tem sido posto à prova crescentemente por administradores hospitalares.

Assim, usuários dos serviços hospitalares, outros profissionais e, principalmente, trabalhadores não profissionalizados ocupam as posições subordinadas ao poder médico e administrativo.

Mesmo considerando que médicos e administradores são os atores predominantes na hierarquia hospitalar e os principais responsáveis pelas decisões ali tomadas, os gestores do sistema de saúde vêm crescentemente procurando interferir nas organizações hospitalares, especialmente naquelas sob sua gestão direta. Eles participam ativamente na negociação que decide tanto sobre recursos financeiros destinados aos hospitais quanto sobre as relações destes com o sistema de saúde e, em última análise, sobre a relevância assistencial desses recursos. No caso específico dos hospitais estudados, o gestor federal – Ministério da Saúde – define inclusive quem ocupará seus principais cargos de chefia.

Examinam-se aqui mecanismos de participação em hospitais que visam a propiciar o envolvimento de atores sociais – profissionais e trabalhadores de saúde e entidades que representam os interesses de usuários de serviços hospitalares – que têm sido criados pela indução de gestores federais. Os hospitais analisados, que estão vinculados ao Ministério da Saúde, foram pesquisados pelo Projeto Fortalecimento da Gestão Hospitalar para o SUS (Côrtes & Ferla, 2006).¹ Uma das linhas de investigação do projeto focalizava a permeabilidade das organizações hospitalares à participação de diferentes atores, trabalhassem eles nos hospitais ou fossem externos a eles. As informações obtidas pelo projeto permitiram caracterizar as unidades hospitalares examinadas e obter indicações iniciais sobre a natureza dos mecanismos de participação que elas abrigavam.

A pesquisa também envolveu a observação direta e a realização de entrevistas semi-estruturadas, no período de março a maio de 2006, com informantes-chave das próprias unidades hospitalares. Os respondentes foram predominantemente dirigentes das unidades. Sabe-se que a perspectiva desses atores organizacionais pode apresentar um viés positivo sobre a eficácia ou abertura ao envolvimento de participantes dos mecanismos participativos analisados. As observações diretas e a análise documental procuraram, ao

¹ Tal projeto partiu da premissa de uma defasagem na capacidade das instituições hospitalares em responder adequadamente às demandas locais no atual estágio de organização do sistema de saúde brasileiro (Brasil, 2004). Ele buscou analisar, em profundidade, os mecanismos e tecnologias desenvolvidos nas unidades hospitalares vinculadas ao Ministério da Saúde para subsidiar a cooperação técnica e financeira deste com as demais esferas de governo e com serviços e redes.

menos em parte, compensar o problema. Mesmo assim, os resultados da pesquisa podem estar permeados por tal viés. Pesquisas futuras poderão verificar até que ponto isso comprometeu os resultados aqui apresentados.

A seguir, caracterizam-se os hospitais analisados e examina-se o contexto político que favoreceu que fossem criados, mantidos e expandidos mecanismos participativos nos hospitais. Depois descrevem-se os mecanismos participativos, propriamente ditos, tanto individuais como coletivos, identificados pela pesquisa.

CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS: ORIGENS, PRINCIPAIS SERVIÇOS E NÚMERO DE LEITOS

Os hospitais estudados pertenciam ao Ministério da Saúde. Eram os únicos no país, até março de 2005, que ainda estavam sob gestão da esfera federal de governo.² Localizam-se nas cidades-centro das regiões metropolitanas de dois estados da federação: são eles o Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre (RS); o Instituto Nacional do Câncer, o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, o Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras, o Hospital Geral de Bonsucesso e o Hospital dos Servidores do Estado, na cidade do Rio de Janeiro (RJ). Trata-se de serviços de grande porte com unidades assistenciais extremamente especializadas.³ Mesmo no caso dos ‘hospitais gerais’, a construção de um perfil cada vez mais especializado mobiliza os atores internos.⁴

² O estudo não incluiu os hospitais vinculados ao Ministério da Saúde por meio do decreto federal n. 5.392, de 10 de março de 2005. Essa escolha embasou-se no fato de que a requisição determinada por esse instrumento pretendia ser provisória e foi induzida por situação de crise na assistência hospitalar do Rio de Janeiro. Parte desses hospitais permaneceu vinculada ao Ministério da Saúde após o término da requisição. No entanto, considerando que apenas recentemente passaram à gestão federal, essas organizações hospitalares teriam características muito diferentes das demais, não se apresentando como hospitais típicos do Ministério da Saúde.

³ A especialização compõe uma das características constitutivas da racionalidade médica contemporânea (Luz, 2004). Essa característica do modelo de produção do conhecimento impacta os sistemas de cuidado, seja pela fragmentação dos atos assistenciais, seja pelo fortalecimento das hierarquias de poder entre as corporações (Carapinheiro, 1998). Além dos efeitos assistenciais e na dinâmica interna de poder, a especialização dos serviços hospitalares condiciona a interferência de atores externos na gestão dessas organizações, inclusive no que se refere à participação delas em redes de cuidado definidas pelo sistema de saúde (Cecilio & Merhy, 2003).

⁴ No período da pesquisa, a proposta de transferir o vínculo dos hospitais HGB e HSE do Ministério da Saúde para o estado ou para o município do Rio de Janeiro provocou a reação da direção, do corpo clínico e dos demais trabalhadores dessas unidades. Eles defendiam o perfil especializado dos hospitais, o que justificaria a manutenção do vínculo federal.

O GHC é o único serviço ainda sob gerência do Ministério da Saúde em Porto Alegre, município que está habilitado na gestão plena do sistema municipal de saúde. Um aspecto relevante para a análise aqui empreendida é que há experiências marcantes de participação no município (Avritzer, 2002; Côrtes, 2002; Santos, 2002; Fedozzi, 1999). Além disso, a Região Metropolitana de Porto Alegre apresenta padrões altos de associativismo e interesse por política (IBGE, 1996; Baierle, 1992; Silva, 2001). Esses fatos 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 (Silva, 2006).

O Rio de Janeiro, como ex-capital do país, é caracterizado pela existência de vários serviços estatais de saúde – da União, do estado ou do município – e por um contexto político administrativo que apresenta forte presença da União, em decorrência de sua história. O processo de descentralização da saúde no estado, e em especial no município do Rio de Janeiro, passou por um retrocesso no período em que se desenvolveu a pesquisa, na medida em que o município perdeu a condição de gestão plena do sistema municipal de saúde⁵ em 2006 (Côrtes & Ferla, 2006). Em que pese a responsabilidade legal das três esferas de governo e, portanto, a obrigação formal de garantir o regular funcionamento do sistema de saúde, quando consideradas as diretrizes constitucional e administrativas de gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS), a inversão da transferência de poder aos municípios contrária, sem dúvida, a tendência atual das políticas de saúde no país.

A seguir, apresenta-se a história e a caracterização de cada um dos hospitais pesquisados.⁶

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) está vinculado ao Ministério da Saúde desde 1975 e tem o *status* legal de uma sociedade anônima, na

⁵ Ao perder a condição de gestor pleno do sistema de saúde, o município deixou de ser responsável pela gestão de todos os serviços de saúde financiados com recursos públicos em sua jurisdição territorial. Para mais esclarecimentos sobre as modalidades de gestão municipal, ver: NOB SUS 96 (Brasil, 1996), Noas SUS 01/02 (Brasil, 2002), Pacto pela Saúde (Brasil, 2005a) e Pacto de Gestão do SUS (Brasil, 2005b).

⁶ Entre outras fontes, incluindo registros existentes nos próprios hospitais e relatórios do Ministério da Saúde, a caracterização histórica dos hospitais no Rio de Janeiro utilizou as revisões feitas por Parada (2001) e Machado (2001). Análises adicionais do processo de implantação do SUS no Rio de Janeiro foram publicadas em dois números com tema específico da revista *Physis*, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (v. 11, n. 1, 2001).

qual a União é o acionista majoritário. Localizado em Porto Alegre, capital do Rio Grande de Sul, é o único hospital próprio do Ministério da Saúde fora do estado do Rio de Janeiro. A constituição do GHC foi iniciada em 1956, com a construção do Hospital Cristo Redentor como empresa privada. Durante a década de 1960, o fundador do GHC expandiu a oferta de leitos no Hospital Cristo Redentor e construiu o Hospital Nossa Senhora da Conceição e o Hospital Criança Conceição. Em 1973, o Hospital Fêmina S. A. foi incorporado ao GHC. Devido à aguda crise financeira e assistencial do grupo, em 1975, um interventor foi designado pelo presidente da República para assumir a direção do grupo, desapropriando os quatro hospitais e iniciando o controle federal da instituição.

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), que é um hospital geral, possui 839 leitos e oferece todas as especialidades de um hospital geral em seu ambulatório, na emergência e na internação. Tem a maior emergência do Rio Grande do Sul, na qual são atendidas diariamente cerca de oitocentas pessoas. O Hospital Cristo Redentor (HCR), que tem como característica o atendimento ao trauma, principalmente de vítimas de acidentes e violências, dispõe de 282 leitos. O Hospital Criança Conceição (HCC), hospital geral pediátrico, possui 252 leitos. O Hospital Fêmina (HF), hospital materno-infantil, com emergência ginecológica, obstétrica e oncológica, tem 191 leitos. O GHC dispõe também do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), formado por 12 postos de saúde instalados em bairros da Zona Norte de Porto Alegre.

O Instituto Nacional do Câncer (Inca) originou-se do Centro de Cancerologia, criado em 1938. Em 1941, o Centro vinculou-se ao Serviço Nacional de Câncer do Ministério da Saúde, quando passou a coordenar as ações da política nacional de controle de câncer. Transformado em instituto em 1944, atualmente o Inca é uma unidade integrante da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, responsável por desenvolver e coordenar ações integradas, de caráter multidisciplinar, para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Tais ações compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada diretamente aos pacientes com câncer no âmbito do SUS. O instituto tem áreas estratégicas, como a prevenção e a detecção precoce, a formação de profissionais especializados, o desenvolvimento da pesquisa e a informação epidemiológica. Também é responsável pela formulação da política nacional de prevenção e controle do câncer no país. O Inca dispõe de quatro unidades, todas situadas na cidade do Rio de Janeiro: HCI: sede da Direção Geral e Centro de Trans-

plante de Medula Óssea - 188 leitos; HCII: especializada em câncer ginecológico - 34 leitos; HCIII: especializada em câncer de mama - 52 leitos; e HCIV: unidade de cuidados paliativos.

O Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia (Into) originou-se do Hospital Central de Acidentados, criado em 1943, com a finalidade de atender aos funcionários e segurados do Lloyd Brasileiro. Em 1973, então desativado, foi adquirido pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para prestar atendimento em traumatologia-ortopedia, passando a denominar-se Hospital de Traumatologia-Ortopedia (HTO). Como tal, foi responsável pela introdução de técnicas inovadoras da especialidade, dando início a uma fase de ênfase ao aperfeiçoamento dos profissionais especializados e à abertura do hospital às ações comunitárias. Em 1991, foi estadualizado, o que na prática acarretou drásticas restrições orçamentárias. Após dois anos sob gestão estadual, voltou ao âmbito do Ministério da Saúde, assumindo a posição de referência nacional em traumatologia-ortopedia. Em 1994, já com a atual denominação, foi instituído, pelo Ministério da Saúde, como órgão normatizador de procedimentos em ortopedia no país, atuando então mais intensamente na formação de recursos humanos e na promoção de ações multiprofissionais. Passou a atender exclusivamente pacientes do SUS, destacando-se como um centro de excelência no tratamento de doenças e traumas ortopédicos, de média e alta complexidades. O Into localiza-se no centro da capital do Rio de Janeiro, possui 144 leitos, não atende emergência, nem procura espontânea. É um hospital para atendimento preferencialmente em alta complexidade e sempre com indicação de cirurgia.

O Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras (INCL) originou-se do Hospital de Clínicas de Laranjeiras, fundado em 1972, como unidade vinculada ao INPS. Em 1973, passou a ser chamado Hospital de Cardiologia de Laranjeiras, ao mesmo tempo que se definia como hospital especializado. Em 1991, foi repassado à Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e, por decorrência de dificuldades de financiamento, devolvido ao governo federal em 1993. Em 2000, transformou-se em instituto, assumindo sua denominação atual. Com base no nível de excelência em serviços de investigação diagnóstica e no tratamento das doenças cardiovasculares, o instituto tornou-se um centro de referência do Ministério da Saúde para a realização de pesquisa, formulação de políticas de saúde e formação de pessoal. Em maio de 2001, passou a ser vinculado diretamente ao Ministério da Saúde. O INCL dispõe de 170 leitos e sua atividade principal é a assistência em cardiologia de

alta complexidade para a população do município e do estado do Rio de Janeiro. Engloba ações de assistência, tais como prevenção, diagnóstico, tratamento clínico-cirúrgico das afecções cardiovasculares, bem como de reabilitação.

O Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) originou-se do antigo Hospital General do Nascimento Vargas do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transporte e Cargas (Iapetec), criado em 1948. Em 1967, o HGB passou a fazer parte do INPS. A partir de 1974, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) assumiu a sua gerência. Em 1990, no hospital se iniciou uma experiência de co-gestão entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, mas em 1994 ele passou a vincular-se apenas à gestão federal. O HGB é um hospital geral, que dispõe de 470 leitos, serviços de emergência, maternidade de nível III,⁷ modalidades extra-hospitalares de assistência, com serviços terciários de referência para a Região Metropolitana do Rio de Janeiro e todo o estado.

O Hospital dos Servidores do Estado (HSE) foi criado em 1934, com a denominação de Hospital dos Funcionários Públicos. Em 1938, foi incorporado ao Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase) e adotou a denominação que mantém até os dias de hoje. No início da década de 1990, a gestão do HSE passou para a esfera estadual do sistema de saúde, retornando ao Ministério da Saúde em 1993. O HSE, localizado no centro da capital do Rio de Janeiro, é uma instituição de referência regional em especialidades clínicas e cirúrgicas com 515 leitos de internação. Desde a sua origem, desenvolveu também atividades de ensino e pesquisa. Foi o criador, no país, de um centro de estudos em hospital, organizado em torno de uma biblioteca e da edição de uma revista médica. Atualmente, desenvolve ensino de pós-graduação em regime de residência e estágio.

Esses hospitais têm como características comuns serem organizações de grande porte (GHC, HGB e HSE) e/ou especializadas em alguma área assistencial específica (Into, INCL e Inca). À exceção do GHC e do Inca, os demais pertenceram ao sistema previdenciário, sendo transferidos para o

⁷ O Certificado de Acreditação com Excelência Nível III indica a mais alta qualidade na prestação de serviços hospitalares, comprometimento com a segurança e a ética profissional. É concedido pela Organização Nacional de Acreditação e reconhecido pelo Ministério da Saúde, mediante avaliação do Instituto Qualisa de Gestão (IQG).

sistema de saúde na década de 1990. Apesar de o Inito, o INCL, o HGB e o HSE terem passado por experiências de descentralização da gestão para o estado ou município, retornaram à gestão e ao vínculo federal, e esse é outro aspecto comum entre eles. A manutenção da ligação com o Ministério da Saúde mobiliza internamente os atores dessas instituições, ou seja, há movimentos explícitos para a permanência desse vínculo.

Existem resistências à implantação de mecanismos de participação, mas elas concentram-se nas direções de organizações hospitalares credenciadas pelo SUS.⁸ Os dirigentes das organizações hospitalares em exame procuraram responder positivamente às políticas propostas pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de estreitar seus laços com os gestores federais de saúde, e agir como organizações afinadas com as políticas federais. Desse modo, tornaram-se inovadores na institucionalização de mecanismos participativos em hospitais, afinando as características dessas organizações com aquelas já encontradas em outras unidades e esferas de gestão do sistema de saúde brasileiro que têm se destacado pela incorporação de novos atores ao processo decisório.

POLÍTICA DE SAÚDE E CRIAÇÃO DE MECANISMOS PARTICIPATIVOS HOSPITALARES

Em 2003, assumiu o governo federal uma coalizão política liderada pelo Partido dos Trabalhadores (PT). Desde então os gestores federais do SUS, com prerrogativas formais de regulação e de financiamento, procuraram construir instrumentos de regulação na gestão das unidades hospitalares do Ministério da Saúde e aumentar sua capacidade de influir sobre as decisões internas. Na verdade, parte das iniciativas desencadeadas busca interferir na organização dos hospitais em geral, uma vez que a análise do ministério mostra problemas importantes nesse âmbito para a efetiva vinculação dessas instituições ao sistema de saúde e, em particular, às diretrizes que compõem as políticas federais para o setor saúde (Brasil, 2004). Uma dessas iniciativas, o Programa Nacional de Humanização da Assistên-

⁸ Como foi o caso de resistência dos hospitais do Rio Grande do Sul, quando a Secretaria Estadual de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde propuseram a formação de conselhos gestores nos hospitais como critério para o recebimento de recursos do Projeto Saúde Solidária (Ferla & Jaeger, 2002; Ferla *et al.*, 2002).

cia Hospitalar (PNHAH), foi criada e iniciou sua implementação em 2000, portanto, ainda no período do governo de Fernando Henrique Cardoso. A partir de 2004, os novos gestores federais redefinem o PNHAH, ao implantar a Política Nacional de Humanização do SUS (HumanizaSUS), da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS) e da contratualização dos serviços hospitalares de ensino.⁹ Tais medidas buscavam reconfigurar o modo como se processava a gestão no sistema e, no que diz respeito ao objeto da análise aqui proposto, criaram e buscaram implementar mecanismos participativos de gestão em saúde.

A existência de fóruns de participação em saúde é condição necessária para que estados e municípios recebam recursos financeiros da esfera federal. Diferentes atores, articulados nesses fóruns, têm procurado induzir a oferta de serviços, inclusive hospitalares, a ser mais compatível com suas necessidades, e o sistema de saúde a responder de forma mais adequada aos seus interesses. Um dos objetivos das políticas governamentais, ao criarem mecanismos e instrumentos de participação, é que eles contribuam para dar ‘voz’¹⁰ aos diferentes atores que participam em organizações hospitalares, favorecendo mudanças institucionais que viabilizem a implementação dos programas e políticas governamentais.

A ampliação dos espaços de participação nos hospitais poderia induzir à mudança e à constituição de novos modos de gestão e de atenção nesses serviços. A suposição é baseada em vários estudos sobre os fóruns participativos que “admitem que tais mecanismos podem colaborar para melhorar a governança, favorecer a implementação ou a mudança das políticas, tornando-as mais adequadas e aumentando a adesão das clientelas às propostas assim elaboradas” (Côrtes, 2006: 419-420).

⁹ Os regulamentos técnicos do programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos e da contratualização entre os hospitais de ensino e gestores de saúde (Brasil, 2004) prevêm a adoção de mecanismos para democratização da gestão, apresentados como dispositivos para seu aperfeiçoamento e ampliação da transparência administrativa, e a ampliação dos mecanismos de controle social.

¹⁰ A categorização de Hirschman sobre as possibilidades de se exercer influência nas organizações pode ser útil para analisar o envolvimento dos atores societários e estatais nos hospitais. Segundo esse autor, “existem duas maneiras de exercer influência: a ‘saída’, típico mecanismo de mercado através do qual o consumidor (ou empregado, ou apoiador de partido político) desiste de comprar ou de usar um determinado produto ou serviço, ou deixa a organização; e a ‘voz’, típico mecanismo político através do qual ele protesta, expressa oposição, preferências, exerce influência” (*apud* Côrtes, 2005: 23).

Os gestores federais pretendem induzir mudanças em um contexto em que é recorrente a afirmação de uma crise dos serviços hospitalares no país, que se torna visível no cotidiano, nas dificuldades de atendimentos, nas superlotações dos serviços, bem como na insuficiência de recursos financeiros (Brasil, 2004). A consolidação de processos participativos em hospitais poderia colaborar para tais mudanças, ao enfraquecer a resistência do poder médico e administrativo, pondo em questão sua legitimidade em decidir isoladamente sobre todos os assuntos técnicos e administrativos nos hospitais, como é tradicional nessas organizações.

Processos de participação teriam a capacidade de induzir alterações nos mecanismos gerenciais, de planejamento e controle. Frequentemente, esses mecanismos constituem-se em instrumentos burocratizados, verticalizados e voltados para a organização das práticas, da divisão do trabalho e da definição de prioridades organizacionais. As alterações também afetariam as modelagens tecnoassistenciais, tanto na perspectiva da inserção do hospital na rede de cuidados, e no direcionamento de suas ações para as necessidades em saúde, quanto na perspectiva da mudança nas práticas de atenção no interior do hospital, para que elas estejam centradas nas pessoas que necessitam do cuidado (Brasil, 2004). Daí a importância de se identificar se os hospitais têm instrumentos de participação instituídos. Por meio deles poderia haver o envolvimento explícito no processo decisório das organizações, não apenas de médicos, administradores, gestores do sistema, mas também de atores sociais, tais como representantes de entidades de profissionais e trabalhadores de saúde, de associações comunitárias, e de usuários individuais de serviços hospitalares. Na próxima seção, são descritos os principais mecanismos de participação identificados nos hospitais examinados.

OS MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO NOS HOSPITAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A pesquisa que embasou este estudo buscou identificar os mecanismos de participação existentes nos hospitais em foco, descrevê-los e caracterizar as formas de participação encontradas. Os principais mecanismos identificados foram: conselhos gestores, ouvidorias, fóruns que envolvem os trabalhadores de saúde nos processos decisórios de gestão, nos quais gestores do sistema, representantes de grupos de interesse e usuários individuais

buscam expressar suas demandas ou propostas.¹¹ Era necessário, ainda, identificar e classificar os participantes nos fóruns e mecanismos examinados. Os dirigentes dos hospitais analisados foram considerados como atores estatais de tipo ‘governamental’, juntamente com os gestores do sistema, porque as organizações estudadas eram serviços vinculados diretamente ao Ministério da Saúde; portanto, os diretores – tanto de nível geral como intermediário – eram escolhidos pelos gestores federais de saúde. Os demais atores, classificados como societais ‘sociais’, eram representantes de profissionais e trabalhadores de saúde dos hospitais; de associações de moradores, movimentos sociais e organizações não governamentais (ONGs); de entidades de portadores de patologias. Os representantes podem ser designados pela direção dos hospitais, escolhidos pelas categorias de profissionais ou trabalhadores, ou indicados por entidades ou outras instâncias de participação, como os conselhos municipais de saúde, por exemplo. Foram classificados também como ‘sociais’ os participantes individuais em serviços de ouvidoria ou pesquisas de satisfação, fossem eles profissionais ou trabalhadores de saúde dos próprios hospitais, fossem usuários dos serviços oferecidos nas unidades hospitalares examinadas. Havia ainda atores societais ‘de mercado’ representando prestadores de serviços de saúde. Estes foram os participantes com menor expressão nos fóruns ou mecanismos de participação analisados.

Na busca de sistematização dos mecanismos de participação existentes nesses hospitais, constatou-se que os mais frequentes são os fóruns colegiados, nos quais é possível identificar a presença de diferentes atores agindo por meio de um ou mais representantes. No entanto, há mecanismos que auscultam demandas, queixas ou manifestações individuais de profissionais e trabalhadores de saúde e de usuários dos serviços dos hospitais.

Assim, os mecanismos de participação foram classificados conforme tipologia que considera: a ‘natureza dos mecanismos de participação’, individual e coletiva; a ‘natureza dos atores envolvidos nos fóruns’, os atores governamentais e atores sociais; a ‘estabilidade institucional’, pontual, episódica, institucionalizada, frequente; a ‘natureza do objeto da participação’, gestão em geral (inclusive investimentos), gestão de processos admi-

¹¹ Em hospitais do Rio Grande do Sul, observou-se a existência de experiências como Conselho Gestor do Hospital Casa de Saúde, em Santa Maria (Peretti *et al.*, 2002), Conselho Gestor do Hospital de Pronto Socorro, em Porto Alegre, e Conselho Gestor do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre.

nistrativo-operacionais, gestão de processos comunicativo-informacionais e gestão do ensino e da pesquisa;¹² a ‘forma da participação’, aberta, ampliada, hierarquizada, por meio de representantes; o ‘âmbito da participação’, alta gerência, gerência estratégica (de investimento e de cuidado), gerência intermediária, gestão de insumos, equipes e serviços, processos de trabalho; e o ‘grau de institucionalização’, informal e formal. O Quadro 1 apresenta uma síntese dos mecanismos participativos encontrados nos hospitais examinados, de acordo com as classificações mencionadas.

Quadro 1 - Mecanismos de participação em hospitais do Ministério da Saúde - 2005

Atores externos					
Abrangência	Coletiva			Individual	
Mecanismo	Fóruns, conselhos, comissões no hospital		Orçamento participativo	Ouvidoria	Pesquisa satisfação de usuários
GHC	Sim		Sim (atores externos e internos)	Sim	Sim
HGB	Sim		Não	Sim	Não
HSE	Sim		Não	Sim	Sim
Inca	Sim		Não	Sim	Sim
INCL	Não		Não	Sim	Sim
Into	Sim		Não	Sim	Sim
Atores internos					
Abrangência	Coletiva			Individual	
Mecanismo	Colegiados de gestão, comissões, grupos de trabalho, planejamento	Mesa de negociação com profissionais e trabalhadores	Orçamento participativo	Ouvidoria de profissionais e trabalhadores	Pesquisa de satisfação de profissionais e trabalhadores
GHC	Sim	Não	Sim (atores externos e internos)	Não	Realizou em 1998
HGB	Sim	Não	Não	Sim	Não
HSE	Sim	Não	Não	Não	Não
Inca	Sim	Não	Não	Sim	Realiza desde 1998
INCL	Sim	Não	Não	Não	Não
Into	Sim	Não	Não	Sim	Não

Fonte: Adaptado de Córtes e Ferla (2006).

¹² Foram ainda identificados como objetos de participação: a gestão de processos de cuidado (ampliação da clínica), bem como o compartilhamento da responsabilidade assistencial e de acesso. Neste estudo, no entanto, são analisados unicamente os mecanismos de participação na gestão institucional dos hospitais, reservando-se para análise em trabalhos futuros os resultados relativos à participação no cuidado.

MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO INDIVIDUAL

Os mecanismos de participação individual encontrados nos hospitais foram as ‘ouvidorias’ e as ‘pesquisas de satisfação’, ou seja, mecanismos de escuta e consulta dos atores sociais: profissionais e trabalhadores dos hospitais e os usuários de seus serviços. As ouvidorias estavam presentes em todas as unidades hospitalares examinadas, como um dispositivo de participação aberto, institucionalizado e formalizado. Elas se distinguiam no que diz respeito à natureza dos atores envolvidos. Enquanto no Inca, no Into e no HGB a ouvidoria era um espaço de expressão individual de profissionais e trabalhadores e de usuários, nos demais hospitais era destinada unicamente a receber queixas de usuários individuais.

O lugar organizacional da ouvidoria também variou conforme os hospitais. No Inca há referência a uma ação mais articulada com a gestão, uma vez que o ouvidor fazia parte do Conselho Deliberativo do hospital. Desse modo, por meio dele, as queixas apresentadas à ouvidoria podiam, mais facilmente, influir sobre aspectos gerenciais ou de cuidado. Nos outros hospitais, os responsáveis pelas respostas às queixas que chegavam à ouvidoria pertenciam às gerências intermediárias e às equipes e aos serviços dessas instituições hospitalares. No HSE, no HNCL, no Into e no HGB, as queixas e demandas eram respondidas de modo pontual. As questões referiam-se à gestão de processos comunicativo-informacionais, na medida em que as ouvidorias limitavam-se a receber e devolver informações àqueles que as acionavam. Não havia definição de procedimentos que garantissem que essa participação resultasse necessariamente em mudanças na organização ou que interferisse na gestão geral do hospital.

No GHC, 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.

Outro mecanismo de participação individual encontrado foi a ‘pesquisa de satisfação de usuários e trabalhadores’. A regularidade com que as pesquisas se realizavam e o seu nível de institucionalização nos hospitais

variavam conforme os respondentes a que elas se dirigiam. Elas podiam buscar a coleta de informações de profissionais e trabalhadores de saúde ou de usuários dos serviços hospitalares.

As pesquisas de satisfação de profissionais e trabalhadores realizaram-se de forma episódica nos hospitais examinados. Não há registros de institucionalização em nenhum deles. Eram direcionadas, principalmente, para a qualificação dos processos administrativo-operacionais de gestão, relacionados à melhoria das condições de trabalho nos hospitais. Já as pesquisas de satisfação de usuários eram institucionalizadas e feitas regularmente em quase todos os hospitais, à exceção do HGB. Por meio delas, eram aplicados questionários respondidos por parcelas de usuários internados ou no momento da alta. No Inca, no GHC e no INCL, essas pesquisas subsidiavam processos de gestão administrativo-operacionais e de cuidado. Os resultados eram disponibilizados aos gerentes das áreas para serem utilizados no controle e na avaliação dos serviços. Nesses hospitais as pesquisas incidiam, portanto, na gestão intermediária, de insumos e de equipes e serviços. O HSE e o Into não informaram como os resultados das pesquisas eram empregados.

MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO COLETIVA

Os mecanismos de participação coletiva encontrados foram os seguintes: ‘colegiados de gestão’, ‘processos de planejamento’, ‘plano anual de investimento participativo’, ‘comissões temáticas’ e ‘conselhos’.

Em todos os hospitais verificou-se a existência de algum ‘colegiado de gestão’, no âmbito da alta gerência, que reunia o corpo diretivo da organização. Todos os colegiados de gestão tratavam do planejamento e da gestão geral dos hospitais e não incorporavam outros atores além daqueles internos à instituição, majoritariamente pertencentes ao grupo diretivo. Os colegiados possibilitavam a expressão da opinião dos atores envolvidos e a construção de decisões, em geral consensuais.

No HGB e no HSE, no momento da pesquisa não havia colegiados de gestão ativos. Isso ocorria porque nos dois hospitais estava havendo transição entre um corpo de dirigentes e outro, que havia assumido recentemente. Nos demais hospitais esses fóruns estavam institucionalizados e funcionavam com reuniões periódicas, semanais ou mensais, sendo compostos por pessoas que ocupavam cargos de chefia.

No GHC, no Inca, no INCL e no Into existiam ainda outros colegiados, também institucionalizados. Nesses fóruns, decidia-se sobre processos administrativo-operacionais, de ensino e pesquisa e de cuidado. Eles se localizavam no âmbito da gerência intermediária, da gestão de insumos e de equipes e serviços.

Foi ainda observada a existência de ‘processos de planejamento’ em todos os hospitais, os quais envolviam debates e decisões grupais, não restritos apenas ao corpo diretivo das organizações. No Inca, no GHC, no INCL e no Into, o planejamento e o acompanhamento da implementação do planejado eram processos formalizados e permanentes. No HSE e no HGB, os processos de planejamento realizavam-se de forma episódica e não havia acompanhamento da implementação. Nos dois hospitais, observou-se ainda que diretrizes estabelecidas em gestões anteriores não foram adotadas pelas equipes diretivas posteriores.

As informações obtidas mostram que os processos de planejamento incorporavam a participação direta de profissionais e trabalhadores de saúde dos próprios hospitais no HSE, no HGB, no INCL e no Inca. Apenas no INCL, no entanto, o processo era organizado em todas as unidades assistenciais e incluía as gerências de equipes e serviços. Havia participação direta de profissionais e trabalhadores do hospital, e os temas abordados se referiam aos processos de trabalho de cada área. As unidades definiam metas a serem atingidas em um período definido.

A participação formalizada e explícita de atores sociais no processo de planejamento foi verificada apenas no GHC. Os participantes, que não integravam o corpo diretivo da organização, eram representantes de profissionais e trabalhadores do próprio hospital, eleitos pelos seus pares, e representantes do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, dos três conselhos distritais em que havia serviços do grupo hospitalar e do próprio Conselho Gestor do hospital, sendo os últimos oriundos de entidades sociais. O processo de planejamento concentrava-se nas reuniões de um fórum anual, institucionalizado, o qual definia as prioridades de investimentos da organização para o ano seguinte, que compunham a base a partir da qual era elaborado o ‘plano anual de investimento participativo’. Dessa forma, o Plano de Investimento do GHC era um mecanismo formalizado de participação coletiva que propiciava o envolvimento de atores sociais no planejamento do hospital.

Outro mecanismo coletivo de participação observado em todos os hospitais examinados foram as ‘comissões temáticas’. Verificou-se a existência de comissões permanentes de infecção hospitalar, de revisão de prontuário, de revisão de óbitos e transfusional, sem as quais os hospitais não poderiam funcionar, e ainda outras, de ética médica, de padronização de medicamentos, de materiais e procedimentos, de residência e de ética na pesquisa. Elas eram compostas majoritariamente por médicos, mas havia a presença, mesmo que minoritária, de outros profissionais, em especial da área de enfermagem e de farmácia. Havia ainda, em todas as unidades hospitalares, comissões de humanização, criadas por indução do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, nas quais a proporção de trabalhadores não profissionalizados e de outros profissionais era relativamente maior.

As comissões, no entanto, parecem desempenhar papéis diferenciados em alguns dos hospitais pesquisados. No caso do Into, a constituição dessas instâncias parece ser uma estratégia para a gestão de processos de trabalhos e para o debate de questões organizacionais críticas. No Into, mais do que nas outras unidades hospitalares em foco, as comissões propiciavam o envolvimento ampliado de trabalhadores nos processos de decisão organizacional. No caso do GHC, comissões eram formadas visando a promover o debate sobre questões relacionadas a padrões socialmente diferenciados de acesso a bens e serviços sociais e, particularmente, à influência de desigualdades sociais no tipo de atendimento oferecido pelo hospital. As comissões de políticas afirmativas, de igualdade racial, de acessibilidade e de mobilidade foram formadas com esses objetivos. Eram integradas por diferentes profissionais de saúde do hospital e por representantes de ONGs e associações que atuavam sobre a temática específica tratada na comissão.

O objetivo das comissões era aprofundar as discussões sobre tais temas, e o envolvimento dos participantes tinha um caráter prioritariamente consultivo. Cabia ao corpo diretivo dos hospitais decidir sobre a acolhida dos pareceres e sugestões que essas comissões produziam. Elas tinham como objeto de discussão a gestão dos processos administrativo-operacionais, a gestão de ensino e de pesquisa, a gestão de processos de cuidado. Situavam-se nos âmbitos de gerência intermediária, de insumos, de equipes e serviços e de processos de trabalho.

Também havia ‘conselhos’ em todos os hospitais analisados, em geral situados no âmbito da alta gerência, institucionalizados, que tratavam da

gestão geral do hospital. O Inca contava com dois conselhos. Ambos tinham responsabilidades relativas ao estabelecimento de diretrizes da política nacional de controle do câncer no país: o Conselho Consultivo do Inca (Consinca) e o Conselho de Bioética (Conbio). A composição do Consinca incluía representantes de entidades nacionais de pós-graduação em saúde; de prestadores de serviços de saúde; de sociedades científicas; gestores federal, estaduais e municipais de saúde; do fórum nacional de portadores de patologias – os últimos indicados pelo Conselho Nacional de Saúde. O objeto de discussão do Consinca era a política nacional do câncer e não assuntos internos ao hospital, como nos conselhos dos demais hospitais. Daí a variedade de atores lá encontrada, em contraste com aquela verificada nos demais fóruns e mecanismos de participação aqui analisados.

No GHC foi registrada a existência de três conselhos. O Conselho de Administração, instituído em 1975, desde a sua criação era composto por representantes governamentais e por um representante de entidade social, escolhido pela direção do hospital. Como resultado da política nacional de gestão participativa no SUS, desde 2003, essa composição se alterou. Passaram a integrar o Conselho representantes governamentais – do Ministério da Saúde e do Planejamento, das secretarias estadual e municipal (Porto Alegre) de Saúde, da direção do hospital; e representantes sociais – um membro eleito por profissionais e trabalhadores do hospital e outro indicado pelo Conselho Estadual de Saúde, o qual, no período analisado, era um profissional de saúde. Desde a década de 1990, também havia no GHC um Conselho Intercomunitário, composto por lideranças de associações de moradores e de profissionais e trabalhadores do Serviço de Saúde Comunitária do hospital, que debatia assuntos relacionados às unidades básicas de saúde do Serviço. Em 2004, formou-se o Conselho Gestor do GHC, fruto do mesmo processo de indução promovido pelos gestores do Ministério da Saúde. Fórum vinculado ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, tinha como principal objeto de debates os serviços oferecidos pelo hospital. Metade de seus integrantes era indicada pelo Conselho Municipal de Saúde; a outra metade era composta por representantes de entidades de profissionais e trabalhadores de saúde, da gestão estadual e municipal de saúde e da direção do hospital.

Também sob influência das propostas de gestão participativa do Ministério da Saúde, a partir de 2005 foram instituídos conselhos de gestão participativa no HSE, no HGB, no Into e no Inca. A sua composição era

tripartite, sendo um terço formado por representantes do corpo dirigente dos hospitais; outro terço, por representantes eleitos pelos profissionais e trabalhadores dos hospitais; e um terço por representantes dos conselhos locais de saúde das áreas de abrangência dos hospitais.

Foi possível, assim, observar que os mecanismos de participação individual mais freqüentemente institucionalizados nos hospitais atingiam principalmente os usuários dos serviços. Percebeu-se que a utilização das informações geradas a partir dessa participação nos processos decisórios das organizações era pontual, e não atingia a gestão em geral do hospital. Havia mecanismos de participação coletivos em todos os hospitais que reuniam atores governamentais e sociais. Os colegiados de gestão e processos de planejamento aglutinavam principalmente o grupo diretivo dos hospitais. No entanto, observaram-se experiências em que atores sociais internos e externos ao hospital estavam inseridos no processo de planejamento. As comissões, via de regra, reuniam atores governamentais e sociais internos do hospital, mais especificamente profissionais de saúde, para discutir temáticas específicas e técnicas. Quando as temáticas em debate envolviam questões relacionadas à inclusão social, atores externos às organizações hospitalares eram incorporados às discussões.

No momento da pesquisa, os conselhos estavam presentes em todos os hospitais, com exceção do INCL. A composição deles era variável. No entanto, incluía atores governamentais e sociais, que podiam ser representantes tanto dos profissionais e trabalhadores do próprio hospital quanto de grupos de interesses externos a ele. O que chama a atenção sobre esses fóruns é que, com a exceção dos conselhos do Inca e do conselho de administração inicial do GHC, os demais foram instituídos entre 2003 e 2005. Ou seja, a maioria deles foi criada quando assumiram no Ministério da Saúde dirigentes identificados com a coalizão política liderada pelo Partido dos Trabalhadores, no governo do país desde 2003. Mecanismos participativos criados por indução das políticas federais, como a maioria dos conselhos identificados nos hospitais e o processo de planejamento participativo do GHC, não tinham o mesmo nível de institucionalização que os demais. Portanto, não é possível afirmar se eles permanecerão funcionando em períodos posteriores de governo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme se pôde verificar, as políticas federais atualmente vigentes têm reflexos na organização e no funcionamento dos hospitais estudados, vinculados ao Ministério da Saúde. Organizações hospitalares são consideradas instituições fechadas, com a dinâmica política interna normalmente definida na interação de médicos e administradores. O desenho da investigação não permitiu dimensionar os efeitos organizacionais da participação nos hospitais examinados. Mesmo assim, a busca da identificação de mecanismos de participação partiu do pressuposto de que sua existência introduziria, no processo decisório dessas organizações, visões de outros atores sobre como os serviços hospitalares eram oferecidos, o que é um fato relevante por si só. Assim, mecanismos preexistentes e criados por uma política de indução, mesmo que não substituam as formas tradicionais de decisão institucionalizadas, trazem dentro da organização visões e idéias sobre o sistema de saúde e sobre a própria instituição hospitalar que forçam os dirigentes hospitalares a, no mínimo, reconhecer sua existência durante os processos decisórios.

Verificou-se que já existiam – e também foram criados nos últimos anos – mecanismos participativos cujos integrantes preferenciais eram atores externos à organização hospitalar. Têm destaque o envolvimento individual de usuários dos serviços oferecidos pelo hospital e a participação, em fóruns colegiados, de atores sociais por meio de representantes de entidades sociais designados por outros fóruns participativos, como os conselhos nacional, estaduais, municipais e distritais de saúde. Menos freqüentes eram os mecanismos de participação abertos ao envolvimento de atores internos dos hospitais, ou seja, aos profissionais e trabalhadores de saúde das próprias organizações hospitalares. Constata-se, portanto, que as direções dos hospitais em foco pareciam estar mais abertas a consultar as opiniões de atores externos às organizações, em moldes similares aos mecanismos participativos já existentes no sistema de Saúde, tais como os conselhos analisados nos capítulos anteriores. As direções se mostraram mais resistentes a aceitar a incorporação de instrumentos de ‘gestão participativa’ que permitissem a expressão pública, no ambiente organizacional dos hospitais, das visões dos profissionais e trabalhadores de saúde das próprias organizações. Isso não quer dizer que os profissionais de saúde não influíam nos processos decisórios. Ao contrário, pode-se supor que especialmente os médicos conti-

nuem influenciando sobre as decisões de gestão – de forma explícita, ao ocupar cargos diretivos, e por meio de processos de decisão institucionalizados que são ocultos ou baseados na autoridade conferida ao saber técnico.

Os hospitais tenderam a responder positivamente às propostas dos gestores federais que estimulavam a criação dos fóruns e mecanismos colegiados e também de instrumentos de participação individual. Pode-se indagar, no entanto, em que medida mecanismos criados nos últimos anos, frutos da indução da gestão federal, permanecerão existindo após mudanças no governo federal e, portanto, no quadro dirigente dos hospitais.

Cabe destacar que a maior diversidade de mecanismos de participação coletiva foi encontrada no GHC. É possível supor que tal fato esteja associado à tradição de participação e de associativismo verificada na cidade de Porto Alegre. O ambiente político-institucional e o nível de organização da sociedade local poderiam ser uma explicação para o diferencial em relação às demais organizações hospitalares estudadas.

Assim, foi possível verificar que, especialmente a partir de 2004, houve a ampliação dos mecanismos de participação individuais e coletivos nos hospitais e que estes passaram a consultar atores sociais internos e, principalmente, externos às organizações hospitalares em foco. A inclusão das visões desses atores nos processos decisórios das organizações pode significar que seus dirigentes, em alguma medida, passaram a levar em conta outros interesses que não o de médicos e de administradores hospitalares em suas decisões. A diversidade de situações encontradas, seja na composição dos fóruns e mecanismos, seja em seus níveis de institucionalização e âmbitos de influência, permitiu criar uma tipologia para a classificação desses dispositivos.

Espera-se que este estudo sirva de inspiração para pesquisas futuras, com objetivos analíticos mais complexos. A descrição dos tipos de mecanismos aqui empreendida é apenas a sistematização de uma investigação pioneira, mas tem como principal mérito inserir as organizações hospitalares no âmbito dos objetos empíricos que podem ser focalizados ao tratar do tema da participação em saúde.

REFERÊNCIAS

- AVRITZER, L. Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil. In: SANTOS, B. S. (Org.) *Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- BAIERLE, S. G. *Um Novo Princípio Ético-Político: prática social e sujeito nos movimentos populares urbanos em Porto Alegre nos anos 80, 1992*. Dissertação de Mestrado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/96, de 6 de novembro de 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (Noas-SUS) n. 01/02, de 27 de fevereiro de 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil – síntese*. Ministério da Saúde, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Pacto de Gestão: garantindo saúde para todos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.
- CARAPINHEIRO, G. *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3. ed. Porto: Afrontamento, 1998.
- CECÍLIO, L. C. O. & MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Abrasco, 2003.
- CÔRTEZ, S. M. V. Construindo a possibilidade de participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, 7: 18-48, jan.-jun. 2002.
- CÔRTEZ, S. M. V. Fóruns participativos e governança: uma sistematização das contribuições da literatura. In: LUBAMBO, C.; COÊLHO, D. B. & MELO, M. A. (Orgs.) *Desenho Institucional e Participação Política: experiências no Brasil contemporâneo*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- CÔRTEZ, S. M. V. Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área de saúde. In: PINHEIRO, R. & MATOS, R. A. (Orgs.) *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesp, 2006.
- CÔRTEZ, S. M. V. & FERLA, A. A. (Orgs.) Fortalecimento da gestão hospitalar para o SUS: desenvolvendo um sistema de acompanhamento e monitoramento dos hospitais próprios do Ministério da Saúde a partir de uma modelagem centrada nas pessoas sob cuidado e na diretriz de participação da população. Relatório de Pesquisa. Porto Alegre, 2006.

FEDOZZI, L. *Orçamento Participativo: reflexões sobre a experiência de Porto Alegre*. 2. ed. Porto Alegre, Rio de Janeiro: Tomo Editorial, Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal, 1999.

FERLA, A. A. & JAEGGER, M. L. Controle social como processo: a participação da população na saúde e o orçamento participativo do estado do Rio Grande do Sul. In: FERLA, A. A. & FAGUNDES, S. M. S. (Orgs.) *Tempo de Inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da Casa, Escola de Saúde Pública, 2002.

FERLA, A. A. et al. Regionalização da atenção à saúde na experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. In: FERLA, A. A. & FAGUNDES, S. M. S. (Orgs.) *O Fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da Casa, Escola de Saúde Pública, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 1996. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/suppme/analiseresultados1.shtm>. Acesso em: 16 out. 2006.

LUZ, M. T. *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 2. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACHADO, C. V. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: experiências recentes. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 11(1): 106-198, 2001.

PARADA, R. A construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 11(1): 19-104, 2001.

PERETTI, H. S. et al. Uma alternativa de saúde mergulhada na história: gestão pública solidária e controle social na viabilização da Casa de Saúde da Coopfer. In: FERLA, A. A. & FAGUNDES, S. M. S. (Orgs.) *O Fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da Casa, Escola de Saúde Pública, 2002.

SANTOS, B. S. Orçamento participativo em Porto Alegre: para uma democracia redistributiva. In: SANTOS, B. S. (Org.) *Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SILVA, M. K. *A construção da 'participação popular': análise comparativa de processos de participação social na discussão pública do orçamento em municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS*, 2001. Tese de Doutorado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SILVA, M. K. Sociedade civil e construção democrática: do maniqueísmo essencialista à abordagem relacional. *Sociologias*, 16: 156-179, jul.-dez. 2006.