

**Ministério da Saúde**  
Convênio Fundação Oswaldo Cruz / Grupo Hospitalar Conceição  
Centro de Informação Científica e Tecnológica – CICT  
Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

**O Conselho Gestor do Grupo Hospitalar Conceição no processo de  
modelagem da Atenção e Gestão Hospitalar**

Projeto de pesquisa apresentado como  
requisito parcial para obtenção do título de  
Especialista em Informação Científica e  
Tecnológica em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

Marta Helena Buzati Fert

Porto Alegre, 21 de setembro de 2005.

## Sumário

	<b>Pág.</b>
Introdução	3
A participação na saúde, a importância do hospital nos sistemas de saúde e o Grupo Hospitalar Conceição	4
1 - O controle social e a participação da população nas políticas de saúde e nos serviços de saúde	4
2 - O Grupo Hospitalar Conceição e o projeto de mudança institucional	7
Objetivos	19
Metodologia	20
Cronograma	22
Referências bibliográficas	23
Anexos	25

## **Introdução**

O tema da participação da população nas políticas sociais e, em particular, no acompanhamento dos serviços de saúde não é novo. Entretanto, a participação do usuário nas decisões das organizações hospitalares não se realiza historicamente de forma institucional. No Sistema Único de Saúde (SUS), através da diretriz constitucional da participação da população, buscou-se democratizar as relações constituindo a participação de todos os interessados de forma paritária, nos âmbitos regional, municipal, estadual e nacional através dos Conselhos de Saúde, e inúmeros trabalhos demonstram a potencialidade destes fóruns na construção de sistemas de saúde.

Tendo como cenário a reforma hospitalar em curso no Brasil, que aponta as diretrizes da integralidade e democratização da atenção e da gestão; o Grupo Hospitalar Conceição vive atualmente um processo de mudança de modelo organizacional que traz à inclusão de outros atores na instituição e, entre os dispositivos em implementação, encontra-se o Conselho Gestor.

Constituído em 2004, pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e pelo Grupo Hospitalar Conceição – GHC, o Conselho Gestor é formado por 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de representantes da direção, com a finalidade de ser deliberativo, além de exercer controle e fiscalização, e é considerado um elemento chave no processo de mudanças da instituição.

Pretendo, com esta pesquisa, avaliar se o Conselho Gestor do Grupo Hospitalar Conceição influencia no processo de modelagem da Atenção e da Gestão Hospitalar, no contexto das mudanças que a instituição pretende e que a Política Nacional de Saúde aponta.

## **A participação na saúde, a importância do hospital nos sistemas de saúde e o Grupo Hospitalar Conceição**

Nesse trabalho pretende-se fazer uma avaliação se o Conselho Gestor do Grupo Hospitalar Conceição influencia na modelagem da atenção e gestão hospitalar. Para tanto, torna-se necessário uma breve contextualização da idéia da participação da população nos serviços de saúde, a descrição das mudanças dos serviços hospitalares e da política nacional para esses serviços e a apresentação do Grupo Hospitalar Conceição e razões que o levaram à criação do Conselho Gestor.

### **1 - O controle social e a participação da população nas políticas de saúde e nos serviços de saúde**

Na literatura política clássica, a definição de controle social inclui o conjunto de mecanismos utilizados pelo Estado para o controle e disciplinamento da população. Esse sentido da expressão foi reconfigurado, no caso brasileiro, no processo de Reforma Sanitária, vindo a significar os mecanismos e disposições da sociedade civil para controlar o estado (Ferla, 2002). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição brasileira de 1988, estabeleceu a participação da população na gestão setorial como uma diretriz (Brasil, 1988). A Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, define que essa diretriz seria operacionalizada principalmente por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde (Brasil, 1990).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, diferentemente das anteriores, propiciou a realização de pré-conferências municipais e estaduais, transformando-se em um espaço de participação democrática de representantes de todos os segmentos do setor saúde e da

sociedade. Os temas que discutiram as diretrizes gerais da política de saúde e temas específicos como a descentralização e a integralidade dos serviços de saúde, a participação popular e o controle social, tiveram destaque nessa Conferência e constituíram-se em diretrizes para o SUS na Constituição brasileira de 1988.

Mas, a garantia de efetiva implantação dos conselhos de saúde, sua composição paritária e a democratização da informação e comunicação em saúde foram definidas com a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1992. Foi nessa Conferência e na Norma Operacional Básica (NOB) que a antecedeu aprovada a proposta de destinação orçamentária para a saúde.

Mais recentemente, em particular nas deliberações das últimas Conferências Nacionais de Saúde, uma demanda crescente tem sido a criação e institucionalização de novos mecanismos de participação e controle, em particular nos serviços de saúde. Segundo o Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde:

O controle social e a gestão participativa no SUS contribuem para a ampliação da cidadania, identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres, diferente de uma mera visão de consumidor de bens e serviços. (Ministério da Saúde, 2003: 101)

Além de vincular fortemente a gestão, a resposta institucional da saúde e o controle social, as deliberações daquela Conferência marcaram a necessidade de “criação em cada instituição do SUS de processo de ampliação da participação dos profissionais na gestão, gerando ambientes solidários e novas possibilidades de vínculo dos trabalhadores com as instituições” (Ministério da Saúde, 2003: 101). O Plano Nacional de Saúde reforça essa disposição, propondo o conceito de gestão participativa como marca para as estruturas do SUS, a exemplo do próprio Ministério que, em 2003, criou a Secretaria de Gestão Participativa. Neste Plano, que define diretrizes e prioridades para o período de 2004 a 2007, a ampliação da participação de trabalhadores e usuários na gestão dos serviços está entre as prioridades, tanto no que se refere ao aperfeiçoamento

do controle social e da gestão, quanto na reorganização e humanização da atenção (Ministério da Saúde, 2004a).

No Estado do Rio Grande do Sul, a problemática da gestão dos serviços, como mecanismo para a transformação institucional para a sua qualificação, não é nova. Em 1999, a Secretaria da Saúde do Estado criou a Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS (Saúde Solidária) que, entre outros dispositivos para a mudança nessas instituições, previa a criação de mecanismos de participação dos usuários e trabalhadores na gestão (Ferla, Ceccim & Pelegrini, 2003). Na realidade, essa disposição teve forte protagonismo do Conselho Estadual de Saúde, que apregoava a criação de Conselhos Gestores em todos os serviços, particularmente nos hospitais vinculados ao SUS. Essa disposição, associada como condição de inclusão na política citada, gerou grande resistência dos hospitais filantrópicos e privados. Em âmbito estadual, desde aquele período, vêm sendo implementados alguns desses dispositivos, com uma configuração menos ambiciosa do que aquela defendida pelo Conselho Estadual, mas que ainda assim, permitiram ampliar a participação de trabalhadores e usuários na gestão desses serviços.

No caso dos hospitais brasileiros, a política específica elaborada pelo Ministério da Saúde, que foi divulgada no ano de 2004, corrobora essa disposição. A análise que embasa essa política aponta uma situação complexa de crise composta por diversas dimensões (organizacional, assistencial, política, social, financeira, ensino e pesquisa) que se unificam a partir de um eixo central:

As várias dimensões da crise se estruturam em torno de um eixo central, que diz respeito à manutenção e reprodução, ou mudança e transformação do atual modelo de atenção à saúde em um determinado modelo de saúde, como é o caso do sistema de saúde brasileiro, o SUS. Desse modo, cada dimensão passa a ser problemática, na percepção de cada ator e de acordo com a perspectiva que ele adote, quer de garantia de manutenção do modelo hegemônico, 'médico-assistencial hospitalocêntrico', como aponta a literatura da área, quer de busca de alternativas que possibilitem

a reforma do modelo e a redefinição do papel do hospital no conjunto do sistema de serviços. (Ministério da Saúde, 2004b: 13)

Entre os mecanismos propostos pelo Ministério da Saúde, no âmbito da política específica para a mudança necessária nos hospitais brasileiros, está a democratização da gestão e a criação de mecanismos de participação e controle social (Brasil, 2004b).

Nesse contexto, a análise das poucas iniciativas que já estão sendo implementadas, como é o caso descrito a seguir no Grupo Hospitalar Conceição, apresenta o mérito de contribuir com o processo de mudança que está acenado na política nacional para a área e aponta a oportunidade de avaliar essas iniciativas, com o objetivo de contribuir com o seu aprimoramento.

## **2 - O Grupo Hospitalar Conceição e o projeto de mudança institucional**

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é um complexo hospitalar; formado por três empresas com a modalidade jurídica de Sociedade Anônima (S.A.): Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., Hospital Cristo Redentor S.A. e Hospital Fêmeina S.A., junto ao Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. encontra-se o Hospital da Criança Conceição e 12 (doze) postos de saúde comunitária. Está localizado na cidade de Porto Alegre, tem vinculação direta e financiamento próprio do Ministério da Saúde é o maior prestador de saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre, região metropolitana e estado do Rio Grande do Sul.

Os Hospitais que hoje constituem o GHC tiveram sua origem com a Sociedade Anônima Hospital Cristo Redentor, na década de 50. Prevendo o crescimento industrial e populacional na cidade de Porto Alegre e sua expansão para região norte da cidade e contando com a política federal, na época, favorável

para expansão de tais iniciativas, foi inaugurado, em 1958, o Hospital Cristo Redentor e, posteriormente, o Hospital Nossa Senhora da Conceição (1966), o Hospital Criança Conceição (1969) e incorporado o Hospital Fêmeina (1972).

Esses hospitais sofrem intervenção por parte do Governo Federal, em 1975, por decorrência de problemas fiscais, passando este a ser o acionista majoritário das empresas que constituem até hoje o Grupo Hospitalar Conceição e nomeando seus diretores.

No início da década de 80, momento em que a política apontada na 7ª CNS define a regionalização e a organização dos serviços de saúde nas Universidades Federais e a articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde, inicia-se, junto ao Hospital Nossa Senhora da Conceição, a criação do Serviço de Saúde Comunitária.

Em 1986 é criado o Conselho de Administração, instância colegiada que define e aprova as políticas para o Grupo Hospitalar Conceição.

Os dados de estrutura, desempenho institucional e produção de serviços de cada uma das unidades é o seguinte:

**Hospital Nossa Senhora da Conceição:** hospital geral, presta atendimento de média e alta complexidade nas áreas de especialidades clínicas, cirúrgicas e obstetrícia por meio da assistência ambulatorial eletiva, pronto-atendimento de urgência-emergência, hospital dia para atendimento em onco-hematologia, AIDS, saúde mental e internações. É o maior serviço de urgência-emergência do estado (GHC, 2003).

Tem a seguinte capacidade instalada (GHC, 2005):

- Área (m<sup>2</sup>): 43.030m<sup>2</sup>;
- Número de empregados: 3607 empregados;
- Número de leitos e leitos auxiliares: 833 leitos.



A produção de ações e serviços no primeiro semestre de 2005 foi a seguinte (GHC, 2005):

- Internações clínicas de média complexidade 1.026 int/mês;
- Internações cirúrgicas de média complexidade: 710 int/mês;
- Internações em obstetrícia: 582 int/mês;
- Internações por prematuridade: 58 int/mês;
- Internações clínicas de alta complexidade: 127 int/mês;
- Internações cirúrgicas de alta complexidade: 46 int/mês;

**Hospital da Criança Conceição:** atendimento especializado no atendimento à saúde da criança de 0 a 12 anos nas áreas de neonatologia, especialidades clínicas e cirúrgicas, por meio da assistência ambulatorial eletiva, pronto-atendimento de urgência-emergência, hospital-dia para atendimento em onco-hematologia e AIDS e internações (GHC, 2003).

Tem a seguinte capacidade instalada (GHC, 2005):

- Área (m<sup>2</sup>): 4.615m<sup>2</sup>;
- Número de empregados: 824 empregados;
- Número de leitos e leitos auxiliares: 251 leitos.

A produção de ações e serviços no primeiro semestre de 2005 foi a seguinte (GHC, 2005):

- Internações em cirurgia pediátrica de média complexidade: 110 int/mês;
- Internações em clínica pediátrica de média complexidade: 538 int/mês;
- Internações por prematuridade: 35 int/mês;

- Internações em clínica pediátrica de alta complexidade: 127 int/mês;
- Internações em cirurgia pediátrica de alta complexidade: 106 int/mês;

A produção ambulatorial do Hospital Nossa Senhora da Conceição e do Hospital da Criança Conceição, tendo em vista tratarem-se da mesma empresa, são contabilizadas em conjunto. Sendo assim, a produção somada de ambos no período de janeiro a junho de 2005 foi a seguinte:

- Assistência Ambulatorial Especializada: 259.084 atend./mês;
- Assistência Ambulatorial Especializada em Alta Complexidade: 13.423 atend./mês;
- Assistência Ambulatorial de Urgência e Emergência: 29.979 atend./mês.

**Hospital Cristo Redentor:** hospital que presta atendimento de média e alta complexidade, especializado nas áreas de traumatologia, ortopedia, neurocirurgia, cirurgia buco-facial, cirurgia plástica e queimados, por meio da assistência ambulatorial eletiva, pronto atendimento de urgência-emergência e internações. É considerado o pronto socorro da zona norte e referência estadual em alta complexidade (GHC, 2003).

Tem a seguinte capacidade instalada (GHC, 2005):

- Área (m<sup>2</sup>): 18.835 m<sup>2</sup>;
- Número de empregados: 1.077 empregados;
- Número de leitos e leitos auxiliares: 283 leitos.

A produção de ações e serviços no primeiro semestre de 2005 foi a seguinte (GHC, 2005):

- Internações cirúrgicas de média complexidade: 495 int/mês;
- Internações cirúrgicas de alta complexidade: 165 int/mês;

- Internações clínicas: 59 int/mês;
- Assistência ambulatorial especializada de média complexidade: 43.414 atend/mês;
- Assistência ambulatorial especializada de alta complexidade: 1.583 atend/mês;
- Assistência ambulatorial de urgência e emergência: 13.980 atend/mês.

**Hospital Fêmina:** hospital que presta atendimento de média e alta complexidade a mulher e ao binômio mãe-bebê nas áreas de ginecologia, obstetrícia e neonatologia, por meio da assistência ambulatorial eletiva, pronto-atendimento de urgência-emergência, hospital dia para oncologia e AIDS e internações (GHC, 2003) .

Tem a seguinte capacidade instalada (GHC, 2005):

- Área (m<sup>2</sup>): 8535 m<sup>2</sup>;
- Número de empregados: 555 empregados;
- Número de leitos e leitos auxiliares: 191 leitos.

A produção de ações e serviços no primeiro semestre de 2005 foi a seguinte (GHC, 2005):

- Internações clínicas de média complexidade: 128 int/mês;
- Internações cirúrgicas de média complexidade: 323 int/mês;
- Internações pediátricas/prematuridade: 59 int/mês;
- Internações em obstetrícia: 542 int/mês;
- Internações clínicas de alta complexidade: 35 int/mês;
- Assistência ambulatorial especializada: 16.632 atend./mês;

- Assistência ambulatorial de alta complexidade: 470 atend./mês;
- Assistência ambulatorial de urgência e emergência: 3.061 atend./mês.

Em relação à estrutura diretiva, cada uma das unidades hospitalares conta com um corpo gerencial próprio, subordinado à *holding* denominada Grupo Hospitalar Conceição (GHC), cuja direção é composta por um Diretor Superintendente, um Diretor Técnico e um Diretor Administrativo-Financeiro. O conjunto dos gerentes de cada uma das unidades, as gerências vinculadas à *holding* (Gerências de: Recursos Humanos, Engenharia e Patrimônio, Ensino e Pesquisa, Informática, Financeira, Materiais, Controladoria) e os Diretores compõem um fórum de gerentes, que é responsável pela horizontalização das decisões institucionais. A *holding*, por sua vez, submete-se ao Conselho de Administração, composto pelo Ministério da Saúde, pelos diretores e, atualmente, também pelo Gestor Municipal, pelo Gestor Estadual, por representantes dos usuários e dos trabalhadores.

## **2.1 – O processo de mudanças iniciado em 2003:**

A partir de fevereiro de 2003, com a posse da nova direção do Grupo Hospitalar Conceição, uma das primeiras ações foi o estabelecimento junto ao novo grupo gerencial das diretrizes que - em concomitância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde de descentralização, integralidade da atenção e participação da comunidade - passaram a contribuir mais decisivamente no processo de mudanças internas dos hospitais para a consolidação do SUS. Foram definidas como diretrizes do Grupo Hospitalar Conceição a integralidade da atenção; democratização da gestão; funcionamento sistêmico interno e externo; pólo de formação de ensino e pesquisa e reestruturação institucional.

A proposta de mudança pode ser sintetizada em cinco eixos principais (GHC, 2005):

- **Integralidade da atenção:** propõe a superação do foco da atenção nas doenças e procedimentos e o centro do cuidado na pessoa e suas necessidades. “A Integralidade pressupõe a garantia de que todos os recursos e tecnologias necessários e existentes nas unidades do GHC e demais serviços do SUS, sejam disponibilizados ao cuidado, inaugurando uma outra ética no processo de trabalho” (GHC, 2005).
- **Democratização da gestão:** destaca a necessidade de protagonismo dos trabalhadores e da sociedade civil na “condução dos destinos da instituição” (GHC, 2005).
- **Operação sistêmica interna e externa:** destaca a necessidade de integração entre as unidades do próprio grupo e a maior vinculação dos serviços à estrutura municipal, regional e estadual do Sistema Único de Saúde. Por decorrência dessa diretriz, todas as ações ofertadas pelos serviços vinculados ao GHC passaram a atender exclusivamente a usuários do SUS a partir de 2003, instituindo-se o slogan “GHC 100% SUS” e uma ampla campanha de comunicação, que transformou essa imagem em parte integrante da própria logomarca da instituição.
- **Transformação em pólo de educação e pesquisa:** segundo esta diretriz, a formação, a gestão e a assistência devem ser percebidas como ações indissociáveis, devendo a instituição tomá-las como prioridade.
- **Mudança institucional:** atendendo a uma tendência verificada, de forma ainda incipiente, no sistema de saúde brasileiro e em diversos outros países, essa diretriz aponta a necessidade de mudanças na

modelagem da gestão e da atenção, com a finalidade de qualificar a atenção aos usuários dos serviços. No caso do GHC, essa diretriz foi proposta com três planos de atuação: a) redimensionamento assistencial, com a criação de linhas de cuidado e gerências inter-unidades; b) reestruturação institucional, com a proposição de novo desenho institucional e nova figura jurídica, capazes de horizontalizar e eficientizar a estrutura do GHC; e c) ressignificação do trabalho, propondo novas modalidades de relacionamento entre a instituição e os trabalhadores, com base na diretriz da integralidade da atenção.

Entre as diretrizes mencionadas, destaca-se a democratização da gestão, por ser o tema dessa pesquisa o controle social e especificamente o Conselho Gestor do Grupo Hospitalar Conceição. Quando se fala em democratização da gestão na saúde e principalmente em hospitais que tem em suas histórias a detenção do poder pelo conhecimento tecnológico, relações autoritárias e corporativas; tornando-se uma tarefa complexa a mudança de alguns paradigmas e a inclusão de novos atores para o cenário da instituição.

Segundo a proposta construída a partir da posse da nova direção (GHC, 2003), a democratização da gestão hospitalar, operacionalizada principalmente por meio da decisão de ter os trabalhadores do GHC e a sociedade civil na condução dos destinos do Grupo Hospitalar Conceição, passaria pela criação de mecanismos, dispositivos e espaços de participação, tais como:

- Ampliação na composição do Conselho de Administração, incluindo a participação do Gestor Estadual e Municipal, da sociedade civil (CES) e de representante dos trabalhadores do GHC eleito por sufrágio dos trabalhadores.
- Criação do Fórum dos Trabalhadores para a definição de prioridades de investimentos, onde cada unidade hospitalar elege seus representantes, com a finalidade de discutir, preparar e acompanhar

o Plano de Investimento Anual e outros assuntos de interesse de cada Unidade.

- Estabelecer um fórum permanente de negociação entre a direção e os trabalhadores do GHC, para discutir sobre direitos/deveres dos trabalhadores, direitos/deveres dos usuários e, ainda, a necessidade de adequar os interesses dos trabalhadores as atividades finalísticas do SUS, consubstanciadas na prestação de serviços de qualidade aos usuários.
- Criação do Conselho Gestor (CG) do GHC considerando o princípio constitucional da participação da comunidade na gestão do SUS e a necessidade de obedecer aos princípios do SUS.

Especificamente em relação ao Conselho Gestor, a proposta de criação, foi concluída no final de 2003 e validada internamente após discussão no Colegiado de Gestão do GHC, com a finalidade de ser apresentada posteriormente ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, para submeter-se à discussão e aprovação dessa instância do controle social. Esta proposta previa a criação de um Conselho Gestor para o Grupo Hospitalar Conceição com as seguintes características:

- caráter permanente e deliberativo em sua área de abrangência;
- composição tripartite e paritária, com 50% (cinquenta por cento) de representantes usuários, 25% (vinte e cinco por cento) de representantes da Administração Pública e 25% (vinte e cinco por cento) de representantes dos trabalhadores da saúde totalizando 28 membros titulares e 28 membros suplentes;
- finalidade de atuar na elaboração do planejamento, avaliação, fiscalização e controle.

Em 19 de fevereiro de 2004 a Diretoria do GHC entregou ao Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre a proposta de

criação do Conselho Gestor. Formou-se um grupo de trabalho (GHC e Núcleo Coordenação do CMS), que tendo como base o documento apresentado e as experiências conhecidas e vivenciadas pelo Conselho Municipal, teve a tarefa de escutar todos os segmentos e instâncias do controle social, principalmente os conselhos locais e trabalhadores da saúde, para elaborar a proposta de criação do Conselho Gestor do GHC a ser apresentada na plenária do CMS.

Durante o processo de discussão os pontos mais polêmicos foram com relação à representação dos usuários e dos trabalhadores. O grupo de trabalho indicou que a definição era da competência do segmento dos trabalhadores, sendo da responsabilidade das entidades associativas e sindicais presentes no GHC e ou no CMS indicar seus representantes. Com relação à representação dos usuários, a polêmica deu-se nas representações dos Conselhos Locais de Saúde que solicitavam um maior número de conselheiros para as regiões na qual o GHC é referência, 50% (cinquenta por cento), que são a Zona Norte, Eixo Baltazar e Zona Leste/Nordeste.

A proposta elaborada pelo grupo de trabalho, após longo processo de discussão, foi encaminhada à reunião plenária do dia 06 de maio de 2004, sob a forma de portaria ministerial (Portaria nº 172/04) para submeter-se ao fórum de conselheiros. Nesse dia, conforme consta na Ata nº 07/2004 do CMS, foi aprovada a criação do Conselho Gestor do GHC. Durante os meses seguintes (maio, junho, julho e agosto), sob a coordenação do CMS, foram implementadas as discussões para indicação das representações dos usuários e trabalhadores. O Conselho encontrou dificuldade na indicação de representações locais, principalmente em função da dificuldade de participação dos usuários no conselho local, já que a tradição de participação da população nesse território concentrava-se em associações e entidades comunitárias, tendo constituído, inclusive, uma forte Associação Intercomunitária do Serviço de Saúde Comunitária (SSC).

Em 08 de setembro de 2004, foi realizada a solenidade de instalação e posse do Conselho Gestor do Grupo Hospitalar Conceição, que adota a sigla "CG GHC 100% SUS". Demonstrando a relevância do fato, além dos conselheiros



empossados, estiveram presentes o Secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, a Secretária da Saúde de Porto Alegre, o Presidente do Conselho Estadual de Saúde, o Presidente do Conselho Municipal de Saúde, os Diretores do Grupo Hospitalar Conceição, representantes do corpo gerencial do GHC, representações dos movimentos comunitários e sindicais, funcionários, familiares de conselheiros e a mídia local. Neste dia realizou-se um seminário com os temas:

- A experiência de Conselhos Gestores no sistema municipal de saúde de Porto Alegre e no Rio Grande do Sul;
- A participação da sociedade civil e os conselhos gestores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS);
- Diretrizes de gestão do GHC;
- Agenda de iniciativas e Plano de Ação do GHC.

A concomitância da cerimônia de posse dos novos conselheiros e o seminário, com densa programação, procurou refletir o desafio da construção de novos atores e novas tecnologias para a expressão da participação no interior do complexo de serviços. Segundo o Diretor Superintendente do GHC, “a iniciativa da criação do Conselho Gestor, para a expressão da participação da população, que deverá contribuir para ampliar a transparência e a efetividade da gestão do GHC e sua inserção no SUS, implica num aprendizado tanto dos atores do GHC quanto da população” (Registro em ata, 08/09/04). Para o Diretor Administrativo, a criação do Conselho Gestor representaria “mais um paço em direção à efetivação do SUS, que deve representar um desafio prioritário para os serviços, os gestores e a população” (Registro em ata, 08/09/2004). Evidencia-se, pela fala dos diretores, uma preocupação da instituição e dos diversos atores envolvidos, de criar condições e tecnologias capazes de garantir o efetivo funcionamento, já que se trata de uma inovação institucional que não dispõe de modelos existentes e em pleno funcionamento capazes de configurar tal iniciativa.

Atribui-se ao contexto relatado o conceito de inovação, com base nas formulações de Boaventura Santos (Ferla,2004), como o tensionamento, a ruptura ou a transição de paradigma. No caso da gestão hospitalar, descentralização, porosidade à participação dos trabalhadores, integração à rede de serviços e integralidade como desafio à modelagem assistencial podem ser classificados como idéias-força inovadoras (Ferla, 2004; Cecílio, Merhy,2003). A análise, a avaliação, a documentação e a sistematização das tecnologias utilizadas no cotidiano do Conselho Gestor, é fundamental, já que pode oferecer subsídios para ajustes no processo, como também produzir conhecimentos capazes de ampliar a abrangência dessa iniciativa no Grupo Hospitalar Conceição. É esse o intuito da pesquisa apresentada neste projeto, que é viabilizado graças aos desafios que o Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde produziram na autora e, mesmo, na instituição.

## **Objetivos**

### **1 - Objetivo geral:**

- Analisar e avaliar a influência da atuação do Conselho Gestor na modelagem da atenção e da gestão do Grupo Hospitalar Conceição.

### **2 - Objetivos específicos:**

- Documentar a atuação do Conselho Gestor;
- Avaliar a permeabilidade da organização às deliberações do Conselho Gestor no que se refere à produção de mudanças institucionais;
- Analisar a capacidade de apreensão da mudança do modelo de gestão e de atenção no hospital por parte dos conselheiros;
- Investigar a(s) concepção(ões) de modelo(s) de atenção e de gestão com a qual o Conselho Gestor do GHC opera;
- Documentar e analisar as estratégias de intervenção da organização e do Conselho Gestor.

## Metodologia

A pesquisa será desenvolvida com um desenho quali-quantitativo, que utilizará as seguintes técnicas:

- Análise documental: documentos de diagnóstico e planejamento da gestão, Atas do Conselho de Administração do GHC, Atas do Colegiado de Gestão, Atas do Conselho Gestor etc.;
- Entrevistas: a partir de um questionário semi-estruturado, serão entrevistados os membros do Conselho Gestor, do corpo gerencial do GHC, do Fórum do Plano de Investimentos. As entrevistas serão gravadas e transcritas para posterior análise (Anexo 2).
- Observação participante: nos eventos programados, nas reuniões do Conselho Gestor e em atividades de capacitação realizadas pelos conselheiros. As observações serão registradas em caderno de campo.
- Análise de dados secundários: com base nos sistemas de informação do GHC serão analisados os dados quanti-qualitativos de mudanças na capacidade instalada e de produção de serviços, no acesso e no perfil dos atendimentos.

O *mix* de técnicas se justifica, uma vez que, segundo Minayo (2004), o conceito de metodologia deve abranger: a discussão epistemológica do “caminho do pensamento” requerido pelo tema, a apresentação justificada dos métodos e técnicas que serão utilizadas e a “criatividade do pesquisador”, que particulariza a articulação da pesquisa.

Para o desenvolvimento da pesquisa, estão previstas três processos distintos de tratamento de dados:

- **Processo 1:** sistematização e análise das principais características do modelo de gestão e de atenção do GHC antes e durante a atuação do Conselho Gestor a partir dos documentos analisados, dos dados secundários de produção e perfil institucional e das entrevistas com o corpo diretivo;
- **Processo 2:** sistematização e análise dos temas discutidos nas reuniões ordinárias do Conselho Gestor a partir da observação das reuniões e análise de atas e documentos;
- **Processo 3:** sistematização e análise da avaliação dos conselheiros sobre o modelo de gestão e atenção do GHC e das concepções sobre modelagem institucional a partir das entrevistas.

A partir desses três processos de coleta, análise e tratamento de dados, serão buscadas as estratégias de intervenção da organização e do Conselho Gestor, que permitirão desenvolver a análise e avaliação da influência da atuação deste Conselho na modelagem da atenção e da gestão do Grupo Hospitalar Conceição, ou seja, serão identificados pontos de porosidade e pontos de resistência da instituição às intervenções do conselho, bem como analisadas a natureza e o conteúdo dessas intervenções.

O projeto obedecerá às disposições sobre ética em pesquisa contidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais procedimentos definidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do GHC e os entrevistados, após obterem todos os esclarecimentos recomendados, poderão manifestar sua anuência por meio da aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

## Cronograma

Etapas/mês	Dez04	Jan05	Fev05	Mar05	Abr05	Mai05	Jun05	Jul05	Ago05	Set05	Out05	Nov05
Definição do tema												
Preparação do projeto												
Reformulação do projeto												
Coleta de dados e informações												
Análise dos dados e informações												
Síntese e conclusões												
Redação final												
Apresentação												
Elaboração de artigo para publicação												

## Referências Bibliográficas:

ALMEIDA FILHO, N.. “Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto”. **Revista de Administração Pública**, RJ, 34(6), Nov./Dez. 2000, p.11-34.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Em: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. **SUS é legal**: legislação federal e estadual. Porto Alegre, SES/CES, 2000.

Brasil. Lei Federal nº 8142/90. Em: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. **SUS é legal**: legislação federal e estadual. Porto Alegre, SES/CES, 2000.

CECILIO, L. C. de O., MERHY, E. E.. “A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar”. Em: PINHEIRO, M., MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde, Rio de Janeiro, IMS/UERJ-ABRASCO, 2003, p. 197-209.

COHN, A.. “Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(1), 2003, p. 9-18.

CORDEIRO, Hésio. “Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2), 2001, p. 319-328.

DESLANDE, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. Em: MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 15ª ed. Petrópolis, RJ, editora Vozes, 2000.

FERLA, A.A.; CECCIM, R.B.; PELEGRINI, M.L.M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. Em: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, 2003.

FERLA, A.A.. **Clinica nômade e pedagogia médica mestiça**: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à prática médicas. 2002. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2002.

FERLA, A.A.. “Participação da população: do Controle sobre os Recursos a uma Produção Estética da Clínica e da Gestão em Saúde”. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1), 2004, p. 85-108.

GHC. Grupo Hospitalar Conceição. **Relatório de diagnóstico institucional**. Porto Alegre: GHC, 2003.

GHC. Grupo Hospitalar Conceição. **Relatório de gestão, 2004**. Porto Alegre, GHC, 2004.

GHC. Grupo Hospitalar Conceição. **Plano Operativo GHC 100% SUS**. Porto Alegre, GHC, 2005.

GONÇALVES, M.L.. **Participação social no Sistema Único de Saúde: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP**. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1999.

ARAUJO, I.. **Mercado simbólico: interlocução, luta, poder**. Um modelo de comunicação para políticas públicas. Tese (Doutorado). Escola de Comunicação/UFRJ, Rio de Janeiro, 2002.

MINAYO, M.C.S.. Entre vãos de águia e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade. Em: MINAYO & DESLANDES (org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2004. P.17-27.

MINISTÉRIO da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

MINISTÉRIO da Saúde. **Plano Nacional de Saúde**. Portaria 2607, de 10 de dezembro de 2004, que Aprova o Plano Nacional de Saúde (PNS): um pacto pela saúde no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, 2004a.

MINISTÉRIO da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Reforma do sistema de atenção hospitalar brasileira**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004b.

MORIN, Edgar, TERENA, Marcos (participação). **Saberes Globais e Saberes Locais: o olhar transdisciplinar**. Rio de Janeiro, Editora Garamond, 2000.

NORONHA, A.B.. "12ª Conferência Nacional de Saúde: Seis décadas de História". **RADIS comunicação em saúde**. Nº 10, junho, 2003, p.11-13.

SOUZA, Celina. "Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização". **Ciência & saúde coletiva**, 7(3), 2002, p. 431-442.



## ANEXO 1

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR DA PESQUISA**

Esta pesquisa tem por objetivo analisar e avaliar a influência da atuação do Conselho Gestor na modelagem da atenção e da gestão do Grupo Hospitalar Conceição.

A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que você decida participar, você tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento sem trazer nenhum prejuízo para sua atuação como conselheiro de saúde e ou gestor público de saúde.

Você participará de uma entrevista individual, gravada e transcrita para posterior análise. Será utilizado um questionário semi-estruturado.

Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessário antes de concordar em participar do estudo ou a qualquer momento durante a entrevista ou posterior a ela. A sua identidade será mantida como informação confidencial e os resultados do estudo podem ser publicados.

Declaro que li e entendi todas as informações sobre este estudo e todas as minhas perguntas foram respondidas a contento. Portanto, consinto voluntariamente em participar deste estudo.

Nome do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local / Data: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: Marta Helena Buzati Fert

Local / Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

Roteiro da entrevista a ser realizada com os conselheiros do Conselho Gestor do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), membros do corpo gerencial, representantes do fórum do Plano de Investimento.

- 1- Qual sua opinião sobre a existência dos fóruns de participação e decisão do SUS, como os conselhos e conferências de saúde?
- 2- Qual sua concepção sobre participação popular e controle social?
- 3- Qual sua compreensão sobre o papel do Conselho Gestor?
- 4- Qual seu conhecimento do processo de mudança do modelo de atenção e gestão em curso no GHC?
- 5- Como você vê o Conselho Gestor nesse processo?
- 6- Na sua opinião, como se dá o relacionamento entre o Conselho Gestor e a Direção do GHC?
- 7- Que outras considerações você tem desse processo?

### ANEXO 3

#### Reuniões plenárias do Conselho Gestor do Grupo Hospitalar Conceição (CG GHC 100% SUS)

<b>Data</b>	<b>Pauta</b>
22/09/2004	Eleição do núcleo de coordenação; Elaboração do regimento interno do CG GHC 100% SUS; Estabelecimento do calendário de reuniões; Assuntos Gerais.
17/09/2004	Análise da proposta do regimento interno do CG GHC 100% SUS; Assuntos Gerais.
15/12/2004	Eleição do núcleo de coordenação; Assuntos Gerais.
26/01/2005	Fórum Social Mundial; Situação das unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), Assuntos Gerais.
16/02/2005	Retorno pela direção sobre o assunto pautado na reunião anterior referente ao SSC; Apresentação das Diretrizes e Projetos do GHC; Assuntos Gerais.
16/03/2005	Comissões do CG GHC 100% SUS, definição e composição; Elaboração de agenda para visitar o SSC; Assuntos Gerais.
13/04/2005	Composição do CG GHC 100% SUS; Composição das Comissões; Assuntos Gerais.
27/04/2005	Reunião extraordinária: Plano de Investimento 2005.
15/05/2005	Matéria paga pela Aserghc (jornal Zero Hora).
22/05/2005	Reunião extraordinária: Plano Diretor GHC.