



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

VINCULAÇÃO DAS METAS INSTITUCIONAIS AO CONTROLE SOCIAL NA REDE PÚBLICA: O PLANO DE INVESTIMENTOS DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Cecilia de Lima Lopes

Orientador: Ms.Alvaro Kniestedt

Porto Alegre
2010

**VINCULAÇÃO DAS METAS INSTITUCIONAIS AO CONTROLE
SOCIAL NA REDE PÚBLICA: O PLANO DE INVESTIMENTOS
DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**

Cecilia de Lima Lopes

Orientador: Ms.Alvaro Kniestedt

Porto Alegre
2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE 2009

José Gomes Temporão

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO-GHC

Jussara Cony, Diretora- Superintendente

Gilberto Barrichello, Diretor Administrativo e Financeiro

Ivo Leuch, Diretor- Técnico

GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA-GEP

Lisiane Bôer Possa, Gerente de Ensino e Pesquisa

Alberto Salgueiro Molinari, Coordenador

Marta Helena Buzati Fert, Coordenadora

Sérgio Antônio Sirena, Coordenador

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ- FIOCRUZ

Paulo Marchiori Buss, Presidente

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE- ICICT

Irma Horsth Noronha, Diretora

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE

Alcindo Antônio Ferla, Coordenador local

Lisiane Bôer Possa, Coordenadora local

Marta Helena Buzati Fert, Coordenadora local

Lopes, Cecilia de Lima

Vinculação das Metas Institucionais ao Controle Social na rede pública: o Plano de Investimentos do Grupo Hospitalar Conceição.

/ Cecilia Lopes.../ et. al. / -- Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2010.

35p. i l.; 30 cm.

. I. Vinculação das Metas Institucionais ao Controle Social na rede pública: o Plano de Investimentos do Grupo Hospitalar Conceição l.

Ficha catalográfica elaborada por Cecilia.

É permitida a reprodução desta publicação desde que citada a fonte.

RESUMO

A idéia de descentralização da gestão em saúde pública no Brasil surge a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, que incluiu a participação da sociedade civil e o controle pelos usuários na Constituição Federal de 1988. O surgimento de um modelo universal de assistência à saúde, que pressupõe a inclusão representativa da população e de trabalhadores de saúde no processo decisório e no controle dos serviços, resulta em transformações no GHC, um grupo hospitalar ligado ao MS, com atendimento 100% pelo SUS. O processo de democratização da gestão na instituição tem início em 2003, quando foram criados ou reformulados seus mecanismos de controle social, entre eles o Plano de Investimentos (PI), uma ferramenta de planejamento participativo do orçamento de investimento do GHC. A partir do ano de 2007, foi criada uma Agenda Estratégica, que estabelece as metas a serem atingidas pela instituição anualmente, em cada uma das unidades do grupo. Neste sentido, este trabalho tem como objetivo geral investigar a vinculação entre a aquisição de equipamentos e materiais, pelo Plano de Investimentos, às metas institucionais estabelecidas por esta agenda, a partir da visão dos atores envolvidos, considerando seu conhecimento acerca destas metas e as prováveis dificuldades e/ou conflitos resultantes desta tentativa de vinculação, bem como o contexto de democratização da gestão no qual se insere. Assim, ao investigar o conhecimento dos indivíduos acerca destes processos, estaremos também refletindo sobre seu estágio de consciência sócio-moral e, por conseguinte, sobre a forma como eles enxergam o processo do qual participam, a empresa onde trabalham e os usuários deste sistema. O exercício da cidadania, através da gestão participativa, é um processo que se desenvolve e transforma aqueles que dele participam, em diferentes níveis de consciência moral, refletindo diretamente em suas escolhas. Neste sentido, trata-se de trazer à tona, não apenas as escolhas que os sujeitos fazem em relação ao orçamento da instituição, mas, essencialmente, o significado destas escolhas.

Palavras-chave:

Descentralização da Gestão em Saúde Pública; Democratização da Gestão em Saúde Pública; Orçamento Participativo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMEHC	Associação dos Médicos do Hospital Conceição
AMEHCR	Associação dos Médicos do Hospital Cristo Redentor
AMEHF	Associação dos Médicos do Hospital Fêmina
ASSERG	Associação dos Servidores do Grupo Hospitalar Conceição
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CG	Conselho Gestor
FP	Frente Popular
FRACAB	Federação Rio-grandense de Associações Comunitárias e Amigos de Bairro
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HCC	Hospital da Criança Conceição
HF	Hospital Fêmina
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OP	Orçamento Participativo
PI	Plano de Investimento
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
UAMPA	União de Associações de Moradores de Porto Alegre

SUMÁRIO

RESUMO	3
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	4
SUMÁRIO.....	5
1. INTRODUÇÃO.....	6
2. OBJETIVOS	7
2.1 Objetivo Geral	7
2.2 Objetivos Específicos	7
3. JUSTIFICATIVA.....	8
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
5. METODOLOGIA.....	22
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	25
7. ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS	25
8. CRONOGRAMA	26
9. REFERÊNCIAS.....	28
ANEXO 1: FORMULÁRIO PRINCIPAL DE JUSTIFICATIVA DAS DEMANDAS DO PI.....	27
APÊNDICE A	30
APÊNDICE B.....	33

1. INTRODUÇÃO

Formado pelos hospitais Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Criança Conceição (HCC), Cristo Redentor (HCR), Fêmeina (HF) e doze Unidades de Saúde Comunitária (SSC), o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde (MS), com atendimento 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Localizado na cidade de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, o GHC atua integrado à rede de saúde local e regional, atendendo a população de Porto Alegre, região metropolitana e interior do Estado. Contando com mais de sete mil funcionários, o GHC realiza cerca de 60 mil internações/ano e, aproximadamente, 35 mil cirurgias no mesmo período.

Pautado em um cenário de Democratização da Gestão, o GHC desenvolveu, a partir de 2003, a construção do Plano de Investimentos (PI), que se constitui numa importante ferramenta de alocação de recursos e participação dos trabalhadores e usuários na gestão desta instituição. De acordo com o site da instituição, trata-se de uma “... experiência inédita do país, na qual os trabalhadores do GHC eleitos e representantes da população e do Conselho Gestor escolhem as prioridades de compra de equipamentos e materiais”. (BRASIL. Ministério da Saúde. GHC, 2007).

Além disso, o GHC propôs, a partir do ano de 2007, uma Agenda Estratégica, que estabelece, entre outras questões, as metas a serem atingidas pela instituição anualmente, em cada uma das unidades do grupo. As diretrizes, a Agenda Estratégica e os projetos estruturantes do Grupo Hospitalar Conceição para o quadriênio 2007-2010, elaboradas pela direção da instituição, foram aprovadas em 30 de julho de 2007 pelo Conselho de Administração do Grupo. “Participaram da reunião, realizada no Rio de Janeiro, a diretora-superintendente, Jussara Cony, os diretores técnico, Ivo Leuck, e administrativo e financeiro, Gilberto Barichello, o representante dos trabalhadores do GHC, Arlindo Ritter e membros do Ministério da Saúde” ¹. (BRASIL. Ministério da Saúde, GHC, 2007). Desta forma, de acordo com esta agenda, um dos objetivos para o ano de 2009 é a “vinculação das metas desdobradas à Política de Avaliação e Desenvolvimento e ao PI” ². (BRASIL. Ministério da Saúde. GHC, 2009)

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. GHC. Central de Notícias. Disponível em:<<http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=4&idRegistro=3272>>. Acesso em 27 nov. 2009.

² BRASIL. Ministério da Saúde. GHC. Agenda Estratégica 2009. Disponível em:<<http://www2.ghc.com.br/GepNet/cursocictslatomaterial3.pdf>>. Acesso em 27 nov. 2009.

Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo principal **investigar a vinculação entre a aquisição de equipamentos e materiais, pelo Plano de Investimentos, às metas institucionais estabelecidas pela agenda estratégica, para o ano de 2009.**

Este trabalho se revela importante na medida em que o Plano de Investimentos é um dos fóruns de participação de gestores, trabalhadores e usuários e, portanto, materiais e equipamentos adquiridos através deste processo devem representar a vontade destes sujeitos. De acordo com o site da instituição, “... nas ações desenvolvidas nas unidades do Grupo, se busca promover a cidadania, a inclusão e a justiça social”.³ (BRASIL. Ministério da Saúde. GHC, 2009). Não obstante, esta é uma preocupação da própria instituição, na medida em que um dos objetivos definidos na agenda estratégica é “Utilizar bem os recursos que a sociedade nos dá” (BRASIL. Ministério da Saúde. GHC, 2009). Além disso, a elaboração de trabalhos científicos neste sentido se enquadra na própria visão da instituição:

“Constituir-se em pólo de desenvolvimento de conhecimento, pela assistência, ensino e pesquisa, colaborando na formação de pessoal para o SUS e produzindo atenção à saúde centrada nas pessoas que nos procuram e segundo as necessidades do sistema de saúde loco - regional”. (BRASIL. Ministério da Saúde. GHC, 2009)

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Investigar a vinculação entre a aquisição de equipamentos e materiais, pelo Plano de Investimentos, às metas institucionais estabelecidas pela agenda estratégica, para o ano de 2009, no Hospital Fêmina (HF).

2.2 Objetivos Específicos

- Investigar a participação dos atores envolvidos na tentativa de vinculação das metas da Agenda Estratégica aos Investimentos empenhados no PI 2009, no HF.
- Investigar as dificuldades que norteiam o processo de vinculação das metas da Agenda Estratégica aos Investimentos empenhados no PI 2009, no HF.

³ Ibidem.

3. JUSTIFICATIVA

Considerando a implantação do Plano de Investimentos (PI), no GHC, em 2003 e a visão institucional atribuída a este processo, bem como o contexto nacional no qual se insere, entendemos que se trata de uma ferramenta de participação de trabalhadores e usuários na gestão, bem como um fórum de discussão sobre o financiamento em saúde.

Neste sentido, este trabalho tem como objetivo geral investigar a vinculação entre a aquisição de equipamentos e materiais, pelo Plano de Investimentos, às metas institucionais estabelecidas pela agenda estratégica, para o ano de 2009, no HF.

Primeiramente, esta problematização se revela importante, na medida em que estabelece uma interface entre dois aspectos amplamente discutidos em pesquisas desenvolvidas na área da saúde: o financiamento em saúde e a participação da sociedade civil na gestão do sistema de saúde. De acordo com Ferla et. al. (2008, p.7):

“A produção de conhecimento científico relevante e/ou inovador em saúde é uma necessidade cotidiana para os profissionais de saúde em todos os âmbitos de atuação. De forma crescente os profissionais são exigidos à busca e análise crítica do conhecimento existente; reconhecimento e avaliação de forma metódica dos contextos em que atua; produção de novos conhecimentos para a tomada de decisão, compartilhamento do conhecimento produzido com seus pares.

Mais especificamente, no que se refere ao financiamento em saúde propriamente dito, o debate tem crescido nas últimas décadas. De acordo com Médici (1995, p.1), por exemplo:

“O financiamento das políticas de saúde tem-se destacado como matéria relevante do ponto de vista econômico há pouco tempo. Até a década de 30, as funções do Estado eram relativamente pequenas e a questão do financiamento da saúde ocupava, em geral, o capítulo das ações de saneamento e combate a endemias. Os mecanismos de assistência médica, que em geral consomem a maior parte dos gastos com saúde, não estavam propriamente no aparelho do Estado, na medida em que eram financiados pelos próprios consumidores de serviços de saúde, por instituições filantrópicas ou por fundos de previdência social, formados por contribuições de empresas, trabalhadores e, em menor proporção, por recursos públicos”.

Em segundo lugar, esta reflexão está proposta na própria Política Estratégica do Ministério da Saúde, o ParticipaSUS, que prevê a ampliação do controle social e da gestão participativa no SUS através do “aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde, e de mecanismos de escuta do cidadão”. (BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2009, p.17).

Além disso, este projeto se enquadra nas necessidades da instituição na qual se insere, tendo em vista o interesse da gestão em vincular os investimentos do PI às metas por ela pactuadas interna e externamente. Isto está explícito na Agenda Estratégica de 2009, que propõe a “vinculação das metas à Política de Avaliação e Desenvolvimento e ao PI”. (BRASIL. Ministério da Saúde. GHC, 2009).

Não obstante, enquanto mecanismo de gestão participativa que representa, o PI carece de uma constante avaliação por parte de todos os atores envolvidos, tendo em vista a partilha de poder e o direcionamento de investimentos nele envolvidos. De acordo com Possa (2007, p.99):

“Como os investimentos são cruciais para a definição do papel futuro dos hospitais no Sistema de Saúde, o PI é muito relevante em termos organizacionais, pois indica quais as prioridades da organização e em que medida os serviços serão ampliados, reduzidos e qualificados”.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Vários autores vêm discutindo os elementos financiamento e gestão participativa, nas pesquisas em ciência, tecnologia e saúde. A questão do financiamento em saúde vem sofrendo consideráveis transformações ao longo do tempo. No início do século XX, no qual vigorava o modelo das campanhas sanitárias em saúde pública, as ações em saúde individual eram eminentemente privadas. Com a criação dos primeiros sistemas previdenciários no país, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), outros atores, como empregados e empregadores passam a ganhar relevância na discussão do financiamento e da gestão em saúde. Posteriormente, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), os sindicatos e o Estado passam a integrar este cenário. No contexto mundial do pós guerra a assistência médica previdenciária passa a consumir recursos cada vez mais significativos. Nas palavras de Carvalho (2001, p.32), no entanto, “... a dicotomia entre a saúde pública e a atenção médica individual persistia”. Em um contexto de centralização do poder na esfera do governo federal, após o golpe militar, o Estado unifica os IAP's, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Neste sentido, Buss & Labra argumenta:

“Além da unificação dos institutos, a medida foi acompanhada do aumento do papel regulador do Estado e da exclusão dos trabalhadores e empregadores da gestão previdenciária, cabendo a estes apenas o papel de financiadores”. (BUSS & LABRA *apud* CARVALHO, 2001, p. 32)

Não obstante, outros atores como a indústria farmacêutica, a de equipamentos médicos-hospitalares e os proprietários de hospitais têm participação cada vez maior na

discussão do financiamento, em um modelo médico assistencial privatista. Com seguidas crises econômicas este modelo passa a ser rediscutido, através do movimento conhecido como Reforma Sanitária, dando início à elaboração de uma política pública de saúde primária. Neste momento, o município passa a integrar o fórum das discussões de elaboração de políticas e financiamento em saúde. Com a redemocratização do país, de acordo com Carvalho (2001, p. 37), surgem os primeiros indícios de descentralização das ações e do poder decisório “... através da participação da sociedade civil e do controle pelos usuários”.

A idéia de descentralização da gestão em saúde pública no Brasil surge a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Com a participação de mais de cinco mil delegados, a conferência constituiu as bases para a formulação do SUS. Como resultante, foi apresentado na Assembléia Constituinte de 1988 o texto de uma emenda popular que balizou os artigos referentes à saúde no texto da Constituição Federal:

“Como consequência desse intenso processo, a Constituição Federal de 1988 incluiu a Saúde no Capítulo da Seguridade Social. Os artigos 196 a 200 introduzem grandes inovações, como a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade da atenção, a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, bem como a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde”. (BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2009, p. 8).

Para Carvalho (2001, p. 40) a descentralização contém a idéia de multiplicação dos centros de poder, enquanto a participação: “pressupõe a inclusão representativa da população e de trabalhadores de saúde no processo decisório e no controle dos serviços” (Carvalho, 2001, p.40).

Após décadas de escassez de recursos e questionamento quanto ao financiamento e gestão da saúde no Brasil, os gestores dos sistemas médicos assistenciais se vêm diante de um novo desafio: administrar um modelo universal de assistência à saúde. Para alguns autores, no entanto, a implantação completa do SUS, não tem sido alcançada da maneira prevista, principalmente, tendo em vista as dificuldades quanto à gestão e o financiamento. De acordo com Malik (1998, p.10), por exemplo:

“Contudo, apesar de seu alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira desejada, em decorrência de sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação. Essa situação fez com que fossem ampliados os debates sobre o aumento do financiamento do setor público da saúde e a melhor utilização dos limitados recursos existentes. Sem dúvida, as alternativas passam por novas propostas de modelos de gestão aplicáveis ao setor e que pretendem

redundar, em última análise, em menos desperdício, e melhoria na qualidade dos serviços oferecidos”.

Em um cenário de ampla discussão, algumas políticas em saúde foram reformuladas. No que tange a questão do financiamento, por exemplo, o art. 33 da Lei Orgânica da Saúde 8080 estabelece que os recursos financeiros sejam oriundos da Previdência Social, de orçamentos da União e outras fontes. De acordo com Viacava (2004, p.2):

“A partir dos anos 80, gestores dos sistemas de saúde de todo o mundo depararam-se com o desafio de reformar a organização e o funcionamento dos respectivos sistemas de saúde, tendo em vista a necessidade de imprimir maior transparência ao gasto público vis-à-vis redução dos recursos disponíveis para o setor, assim como para a política social em geral, o aumento incontrolável das despesas com atenção médica hospitalar e as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações”.

Em Porto Alegre, concomitantemente a redemocratização do país, o movimento comunitário, constituído pelas Associações de Moradores, passou a se apresentar como canal de reivindicação das casses populares, no que diz respeito ao acesso ao solo urbano, os equipamentos de infra-estrutura e serviços públicos básicos, entre os quais as saúde. Embora diversas entidades de moradores de bairro já existissem, sua interlocução com os governos durante o regime militar era precária, marcada, principalmente, por entidades sob a influência do Governo do Estado. Este era o caso, por exemplo, da principal entidade representativa do movimento comunitário local, a Federação Rio-grandense de Associações Comunitárias e Amigos de Bairro (FRACAB):

“Fundada nos anos 50, para defender direitos das comunidades locais em todo o Estado, a entidade encontrava-se nos anos do regime militar sob a influência política e financeira do Governo do Estado. Com a vitória da oposição democrática para a diretoria da FRACAB (1977), a entidade veio a fortalecer setores dos movimentos sociais que encaminhavam suas lutas cotidianas baseadas na identidade comunitária e na noção dos direitos da cidadania, contrariando as práticas de sujeição aos favores do poder político”. (FEDOZZI, 2002, p.31)

A partir daí, este espaço constitui-se num lugar de trocas de experiências entre o movimento comunitário e outros atores, como sindicatos, estudantes, igrejas, partidos políticos, numa articulação para inclusão de suas demandas na pauta do governo local. Em 1983, foi criada a União de Associações de Moradores de Porto Alegre (UAMPA), que passa a adotar uma postura de enfrentamento com o Estado, num discurso baseado na noção dos direitos, refletindo, de acordo com Fedozzi (2002, p.32):

“mudanças nas relações de submissão paternalista (o pedir) e/ou clientelista (a troca de favores), tradicionalmente presentes na relação entre as classes populares e os poderes Executivo e Legislativo no Brasil”.

As ações desenvolvidas pela entidade incluíam barricadas nas ruas, abaixo-assinados, denúncias na mídia, mutirões de moradores para realizar obras, entre outras, com o objetivo de alcançar o reconhecimento de seus direitos. No retorno das eleições diretas para as prefeituras das capitais, em 1985, são instalados os Conselhos Populares, uma espécie de articulação regional das AM's, que, no entanto, durante o governo do Partido Democrático Trabalhista (PDT), entre 1986-1989, não conseguiram resultados propriamente objetivos com relação às suas reivindicações.

Os movimentos comunitários, bem como as eleições municipais de 1989, abriram caminho para uma experiência inovadora em termos de gestão pública: em 1991, durante o governo da Frente Popular⁴ foi instituído o Orçamento Participativo (OP), que, de acordo com Fedozzi (1997, p.105):

“é uma modalidade de gestão pública baseada na participação direta da população nas diversas fases que compõem a elaboração e a execução do orçamento público municipal, especialmente na indicação de prioridades para a alocação dos recursos de investimentos”.

Ainda segundo Fedozzi (2002, p.35):

“O OP é constituído por uma estrutura e um processo de participação comunitária guiados por três princípios básicos: 1) regras universais de participação em instâncias institucionais e regulares de funcionamento; 2) um método objetivo de definição dos recursos para investimentos, referentes a um ciclo anual de orçamentação do município; e 3) um processo decisório descentralizado tendo por base a divisão da cidade em 16 regiões orçamentárias e em sete plenárias temáticas.”

Sendo assim, participam deste processo unidades administrativas e órgãos internos do Executivo Municipal, como o Gabinete de Planejamento (GAPLAN) e a Coordenação de Relações com as Comunidades (CRC), que gerenciam a discussão orçamentária com os moradores; as instâncias comunitárias, como Conselhos Populares, União de Vilas e Associações de Moradores, interlocutores das demandas dos moradores nas diferentes regiões da cidade; e as instâncias institucionais permanentes de participação do OP, como o Conselho do Orçamento Participativo (COP), Assembléias Regionais e Temáticas e Fóruns Regionais de Delegados (FROP's), responsáveis pela co-gestão dos recursos e prestação de contas.

Não cabe aqui detalhar o funcionamento do OP em todas as suas etapas, entretanto, como veremos mais adiante, muitas são as semelhanças estruturais entre o

⁴ Frente Popular é uma coligação de partidos políticos de esquerda, composta pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e ex-Partido Comunista Brasileiro (atual PPS), que governou Porto Alegre de 1989 a 2004. Entre 1993 e 1996, a coligação eleitoral foi ampliada, com as adesões do Partido Socialista Brasileiro (PSB) e Partido Verde (PV). Nas eleições de 1996 a FP foi constituída pelo PT, PPS e PC. (Fedozzi, 1997, p.221).

OP e o PI, de modo que destacaremos algumas de suas características em momento mais oportuno.

Evidentemente, a história do GHC, passou por estas mudanças políticas, sociais e econômicas. A trajetória do GHC tem início em 1959, com a construção do HCR, integrando o modelo médico assistencial privatista, sobre o qual falamos anteriormente. Em 1962 é inaugurado o HNSC e, em 1963 o HCC. Finalmente, em 1972, é adquirido o controle acionário do HF. Todas as unidades foram construídas por Jahyr Boeira de Almeida, que formou o Grupo Hospitalar Conceição, GHC, uma empresa privada, prestadora de serviços de saúde, e o administrou até 1975. Após este período, as ações constitutivas das empresas que compõe o GHC foram desapropriadas pelo então governo militar, devido a denúncias de irregularidades administrativas relacionadas ao INPS, e o GHC passa a constituir uma instituição pública, ligada ao MS. De acordo com Viacava (2004, p.35):

“A proliferação de contratos de serviços com empresas privadas, sem controle por parte da previdência dos serviços contratados, criando condições para a corrupção, foram fatos que contribuíram para a instauração de uma crise econômica na previdência”.

Desta forma, tanto durante o período em que a instituição era privada, quanto durante o governo militar, não existia qualquer processo de participação dos trabalhadores na gestão do GHC. Entretanto, como vimos anteriormente, com a redemocratização do país, têm início as primeiras manifestações de participação de trabalhadores e usuários no controle do sistema público de saúde. No GHC, na década de 80, os trabalhadores começam a se organizar, através da formação de associações, acompanhando as transformações que ocorriam no cenário nacional. Neste período:

“São fundadas a Associação dos Médicos do Hospital Nossa Senhora Conceição – AMEHC, a Associação dos Médicos do Hospital Cristo Redentor – AMEHCR, A Associação dos Médicos do Hospital Fêmina – AMEHF, e a Associação dos Servidores do Grupo Hospitalar Conceição – ASSERG”. (POSSA, 2007, p.53)

Em 1986, os trabalhadores iniciam um movimento grevista, que tinha como objetivo melhoria salarial e participação na gestão. Como resultado, foram realizadas eleições diretas para os cargos de chefias dos hospitais do GHC naquele ano. Entretanto, com o início da nova gestão, em 1988, os processos eleitorais não são incorporados à agenda da instituição. Ainda de acordo com Possa (2007, p.53):

“A manutenção dos processos de escolhas por voto direto dos funcionários para as chefias nos hospitais e nos serviços e outras pautas de reivindicações foram desencadeadoras do processo de greve em 1988. Esta foi fortemente

reprimida, com a demissão de mais de cem funcionários, o que resultou num processo de desarticulação do movimento dos trabalhadores”.

Ainda assim, a constituição de associações manteve-se como um articulador de reivindicações dos trabalhadores. A democratização da gestão, no entanto, não se constituiu como meta do GHC, ainda que estas organizações participassem de inúmeros acordos coletivos, referentes a questões salariais e outras demandas.

Paralelamente a este processo, a história do GHC é também vinculada a um conjunto de esforços de comunidades da zona norte de Porto Alegre na construção de um modelo de saúde comunitária. Na visão de Possa (2007, p.55):

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

A idéia de democratização da gestão, propriamente dita, surge, finalmente, em 2003, estabelecida pela direção como uma das diretrizes de gestão entre os anos 2003 e 2006. Neste cenário, foram criados ou reformulados os mecanismos de controle social da instituição, sendo eles: o Conselho Gestor (CG), o Conselho de Administração e o Plano de Investimentos (PI).

O Conselho Gestor é um fórum permanente, constituído por 50% de representantes usuários, 25% da administração pública e 25% de representantes dos trabalhadores, cujas competências incluem:

“participação na formulação das prioridades, metas e estratégias de ação, com o objetivo de orientar o planejamento anual do GHC e sua permanente inserção nas necessidades loco - regionais e as determinações do Gestor Municipal e do Conselho Nacional de Saúde” (POSSA, 2007, p.56).

O Conselho de Administração, formado por representantes do Ministério da Saúde (3), do Ministério da Gestão e do Planejamento (1), dos trabalhadores (1), da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (1), da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (1), do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (1) e o diretor superintendente do GHC, tem como principais atribuições

“eleger a diretoria do GHC, fixar as orientações gerais do GHC e a gestão dos diretores, manifestar-se sobre o relatório da Diretoria e as demonstrações financeiras, aprovar o regimento interno e o regulamento de pessoas e respectivas alterações, aprovar o planejamento anual de atividades e também os orçamentos básicos, aprovar a celebração de convênios para a prestação de serviços hospitalares e aprovar os instrumentos respectivos, dirimir divergências entre os diretores sobre assuntos da direção” (POSSA 2007, p.57).

Finalmente, o Plano de Investimentos, é composto por trabalhadores do GHC (1 delegado para cada equipe de até 60 trabalhadores, 2 delegados por equipes entre 61 e 120 trabalhadores e 3 delegados para equipes com mais de 120 trabalhadores), 1 representante por gerência do GHC e usuários, definidos entre Coordenação do PI e o Conselho Gestor. Este número de participantes é definido por um regimento eleitoral, elaborado pela coordenação do PI, composta por um representante dos trabalhadores e um representante da gerência para cada unidade hospitalar e Serviço de Saúde Comunitária. De acordo com Possa (2007, p.89), “Plano de Investimento (PI) é o nome dado para o processo de planejamento participativo do orçamento de investimento do GHC”. Desde então, os investimentos do GHC são definidos anualmente, em plenárias, na presença de delegados, gestores e usuários.

Anualmente, após a definição do orçamento do GHC, pelo MS, os recursos para investimentos são distribuídos entre as unidades que compõe o GHC: HCC, HCR, HF, HNSC e Serviço de Saúde Comunitária. O montante de recursos destinados aos investimentos sofreu significativo aumento desde 2003, passando de 3,5⁵ milhões naquele ano, para 28,5 milhões em 2009. Paralelamente, ocorrem as eleições para os delegados, cujo número de participantes, definidos através de um regimento eleitoral elaborado por representantes dos trabalhadores, das gerências e dos usuários, é proporcional ao número de membros de cada equipe do GHC. De acordo com o Regimento Eleitoral:

“Todos os trabalhadores do GHC, com exceção dos detentores de função gratificada, membros da comissão eleitoral, mesários desta eleição e contratados por prazo determinado, poderão candidatar-se no processo eleitoral a representantes dos trabalhadores de uma das equipes que participa, no Colegiado de Gestão e no Fórum do PI” (PI, Plano de Investimentos do GHC, 2009, p.2).

Além disso, cada gerência pode indicar um trabalhador para representá-la, cabendo ao Conselho Gestor indicar o representante dos usuários. Trata-se, portanto, de um processo de gestão participativa com inúmeras semelhanças com o Orçamento Participativo do município de Porto Alegre, que vimos anteriormente, de modo que o que caracteriza as eleições de delegados para o PI é exatamente princípio de regras universais de participação em instâncias institucionais e regulares de funcionamento.

⁵ BRASIL, Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição. PI: O Orçamento Participativo do GHC. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/genp/comete.html>>. Acesso em: 30 de novembro de 2009.

Definidos os participantes , bem como o montante de recursos, iniciam-se as plenárias para a definição e priorização das demandas, em cada uma das unidades do GHC:

“Através dos representantes eleitos do PI, que formam as comissões por local de trabalho, identificam-se as necessidades de investimentos das diversas áreas das unidades hospitalares e dos postos de saúde. Através do Fórum Geral dos Trabalhadores e usuários, que reúne as diversas comissões locais são aprovados e priorizados os investimentos anuais no GHC”. (POSSA, 2007, p.59).

Aqui também, podemos enumerar semelhanças com OP de Porto Alegre. O segundo princípio estruturante do OP trata exatamente de um método objetivo de definição dos recursos para investimentos, referentes a um ciclo anual de orçamentação do município, de modo que, no PI, definido o orçamento anual pelo MS, são realizadas as plenárias de priorização de demandas por unidade, enquanto no OP, as Assembléias Regionais e Temáticas são os Fóruns constituídos para a apresentação das demandas prioritárias.

A tabela abaixo traça um breve painel de semelhanças entre os dois processos:

Tabela 1: Principais semelhanças entre PI e OP

	PI	OP
Escolha dos delegados	Eleições anuais nas unidades que compõe o GHC	Eleições anuais nas Assembléias Regionais
Número de delegados	Proporcional ao número de trabalhadores da equipe	1 para cada 20 pessoas presentes na Assembléia
Orçamento	Anual	Anual
Definição dos Investimentos	Plenárias por unidade hospitalar / SSC	Assembléias Regionais e Temáticas

Tendo em vista a aproximação teórica entre os dois processos, bem como a experiência e o conhecimento produzido ao longo da história do Orçamento Participativo em Porto Alegre, este estudo busca investigar a participação dos atores no processo de priorização das demandas no PI, considerando-se a orientação da Agenda Estratégica da Instituição, utilizando o OP como referência de gestão participativa. De acordo com Fedozzi, a existência de um processo democrático por si só, não caracteriza a existência de uma sociedade democrática, no nosso caso, uma gestão democrática:

“Como já ressaltado, a cultura democrática exige uma sociedade democrática, o que supõe, por sua vez, a formação de indivíduos democráticos e autônomos e não somente a construção de instituições democráticas, ou o estabelecimento de procedimentos democráticos nas decisões políticas (eleitorais ou não)” (FEDOZZI, 2002, p.143).

Em sua tese de doutorado, Fedozzi procura elucidar em que medida as mudanças trazidas pelo OP no modelo de gestão local também foram acompanhadas por mudanças na consciência social dos participantes (Fedozzi, 2002, p.7). Da mesma forma, como pudemos observar, o GHC passou por uma série de mudanças ao longo de sua história, que conduziram a formação das associações de trabalhadores, a criação de mecanismos de controle social e, finalmente, a criação do PI em 2003. Compreender de que forma os atores envolvidos avaliam sua participação neste processo é, portanto, compreender a consciência social dos participantes nas decisões orçamentárias da instituição. Na visão de Fedozzi, sua investigação, em relação ao Orçamento Participativo buscou, sobretudo “elucidar se as mudanças no modelo de gestão também foram acompanhadas por mudanças na consciência social dos participantes” (Fedozzi, 2002, p.7).

Sendo assim, o ano de 2009 marcou o início de uma importante inovação no processo de documentação do Plano de Investimentos: pela primeira vez foi implantado o formulário de justificativa⁶ das demandas, que avalia, entre outras questões, a vinculação das metas da Agenda Estratégica, para cada equipe, aos investimentos do PI. A análise deste documento, bem como as entrevistas com os participantes do processo, poderiam fornecer informações que nos levassem a compreender em que medida os participantes têm conhecimento das metas institucionais, de que forma se identificam com elas, se compreendem estas metas como uma prioridade em suas equipes de trabalho, entre outras questões. Como podemos observar no anexo 1, o formulário tem um campo onde o demandante deve preencher a seguinte informação:

Sugira 3 indicadores com suas metas para que no futuro os benefícios deste investimento possam ser avaliados:

<i>Indicador</i>	<i>Atual</i>	<i>Meta Proposta</i>

⁶ Ver anexo 1: Solicitação Preliminar para Aprovação de Aquisição/Incorporação de Recursos Físicos ou Tecnológicos. Formulário Principal.

Uma análise preliminar das respostas apresentadas para este item, nas demandas solicitadas pelo HF, no ano de 2009, resultou na seguinte tabela:

Tabela 2: Indicadores e Metas preenchidos pelos demandantes do HF para o PI 2009:

DESCRIÇÃO DA DEMANDA	META
Monitor LCD 17"	NA
Esterilizador rápido	Cumprir RDC ANVISA
Exaustores	Não cita a meta proposta
Câmaras frias	Não cita a meta proposta
Ventilômetro analógico	Permitir desmame de forma precoce
Ecógrafo com doppler colorido	Dispor de equipamento próprio
Gama prube	Reduzir o tempo de recuperação e internação do paciente; reduzir a restrição de movimentos MS
Telefone fixo	Formulário não localizado
Poltrona de quimioterapia	Não cita a meta
Agitador de plaquetas	Cumprir a RDC; Acreditação
Multiparamétricos Analisador de G	Atender casos mais complexos com monitoração; segurança adequada
Monitores multiparamétricos c/ capnografia	Menor consumo; maior segurança; poder atender com segurança procedimentos mais complexos
Carros de anestesia	Menor custo, menor manutenção, poder atender maior número de cirurgias complexas
Eletrocautério (Sistema de ressecção bipolar)	(ilegível)
Container de nitrogênio	Melhorar satisfação da paciente; armazenar imagens nos procedimentos realizados, resolução
Videocolposcópio com microcâmara	Não localizado
Máquina de Costura Overlock 5 Fios	Não localizado
FAX	Não cita a meta proposta
Telefone sem fio	Não cita a meta proposta
Câmara de Refrigeração Científica	Câmara de vacinas; Adequar armazenamento; indicador de temperatura visível dispensa abertura da porta
Painel Eletrônico Chamada de Senhas (Kit)	Do usuário; redução de ouvidorias (colocou como indicador)
Carros de Transporte de Lixo	Não localizado
Aparelho de som	Não cita a meta proposta
Carros de Transporte Roupa Suja	Não localizado
Câmara de conservação para hemoderivados	Melhoria do equipamento para acreditação
Solda elétrica portátil	Não cita a meta proposta
Caixa de ferramentas	Não cita a meta proposta
Escada de madeira de oito degraus	Não cita a meta proposta
Escada de madeira de seis degraus	Não cita a meta proposta
Conjunto de andaimes	Não cita a meta proposta
Berço Unidade de cuidados intensivos com balança	2 berços de calor radiante com balança
Máquinas de higienização de piso alta frequência	Não localizado
Monitores Multiparamétricos	Suprir necessidade; melhorar atendimento nas situações complexas; agilizar procedimentos e melhor manejo das pacientes.
No Break 3 KVA	Não cita a meta proposta
Gerador de vapor	Não cita a meta proposta
Compressor da Ar isento de óleo	Não localizado

Otoscópio Pediátrico diagnóstico 2,5 V	Manter 100% n° pacientes para otoscopia
Cadeira de rodas para obeso	Não cita a meta proposta
Escada em aço inoxidável 2 degraus	Não cita a meta proposta
Camas de recuperação	Não cita a meta proposta
Cadeira de banho para obeso	Não cita a meta proposta
Monitor de PNI	Não cita a meta proposta
oxímetros de pulso	Não cita a meta proposta
Monitor de PNI	Não cita a meta proposta
Carro de Anestesia	Maior segurança; menor custo; menor manutenção
Carro de parada	Não cita a meta proposta
Incubadora sem balança	Redução da taxa de infecção (traz indicadores numéricos)
Monitores multiparamétricos	Leitos monitorizados (traz indicadores numéricos)
No Break 2 KVA	Não localizado
Berço Unidade de cuidados intensivos sem balança	Berço de calor radiante (traz indicadores numéricos)
Aparelho de fototerapia bilitron com pedestal	Dias de tratamento (traz indicadores numéricos)
Saturômetros de pulso	Custos com estoque de medicamentos do grupo 10; vencimento de medicamentos; implantar dispensação de medicamentos por turno de enfermagem. (traz indicadores numéricos)
Aparelho de fototerapia bilitron sem pedestal	Dias de tratamento (traz indicadores numéricos)
Eletrocautério	Não cita a meta proposta
Aparelho de rx portátil	Não cita a meta proposta
Monitor Fetal (Cardiotocógrafo)	Não cita a meta proposta
Bombas de seringa	Diminuir volume administrado; precisão de volume; tempo exato de infusão (traz indicadores numéricos)
Monitor de PNI	Não cita a meta proposta
Monitores multiparamétricos incluindo débito cardíaco	N° de leitos plenamente ativos; período de uso sem baixas para conserto (traz indicadores numéricos)
Gerador de marcapasso	Capacitação da unidade como UTI. Atenção: este tipo de quantificação / mensuração não se aplica a este equipamento.
Máquina para hemodiálise (hemolenta)	Credenciamento como UTI Nível II
Incubadora com balança	Taxa de infecção (traz indicadores numéricos)
Aparelho de ecografia	Ecografias no mês (traz indicadores numéricos)

A partir da análise das respostas referentes a esta pergunta, é possível inferir algumas idéias preliminares a respeito da consciência dos participantes, acerca do conhecimento das metas da Agenda Estratégica. Das 53 respostas colhidas nos formulários disponíveis, 10 faziam clara alusão às metas e indicadores da equipe de trabalho, enquanto 25 não responderam este questionamento. Outras 17 fizeram alusão a metas ou indicadores, isoladamente, sendo mais complexo, neste caso, avaliar se houve preocupação com as metas da Agenda Estratégica. Apenas um dos participantes avalia que este tipo de quantificação não se aplica ao equipamento demandado. Vale destacar ainda que aquelas respostas que continham referência clara às metas e indicadores

foram elaboradas por apenas 3 demandantes, tendo em vista que cada participante poderia pedir mais de um equipamento.

O arcabouço de informações que se pode extrair da análise destas respostas, embora nos aponte que, de fato, há dificuldades em relacionar as metas às demandas, tanto pelo número de respostas, quanto pelo teor das respostas é, no entanto, limitado, tendo em vista que: 1) trata-se do primeiro ano de utilização deste formulário de justificativa; 2) as dificuldades podem ser relativas ao conhecimento das metas e/ou em relação ao formulário; 3) as respostas não trazem consigo o contexto no qual foram elaboradas.

Desta forma, o presente projeto de pesquisa tem como objetivo aprofundar esta análise, investigando não somente a vinculação das metas da Agenda Estratégica ao Plano de Investimentos, mas, principalmente, procurando compreender qual é o entendimento dos atores envolvidos com relação a esta diretriz, daí, a escolha da metodologia qualitativa, com entrevista dos participantes. Em sua tese, Fedozzi (2002), na tentativa de avaliar os estágios de consciência moral dos indivíduos participantes do OP, faz uso das teorias de Kohlber e Piaget, chegando a uma escala que pode revelar importantes aspectos de processos de gestão participativa:

“Assim, adotando-se a relação de compatibilidade ou incompatibilidade dos níveis de consciência moral em relação à consciência de cidadania, entende-se que, aos níveis pré-convencional, convencional e pós convencional, correspondem três tipos de consciência de cidadania: consciência de pré-cidadania; consciência de cidadania conformada e consciência de cidadania crítica. (FEDOZZI, 2002, P.146).

Nesta análise, o primeiro tipo de consciência de cidadania refere-se a uma maturidade moral relacionada a uma consciência egocêntrica, refletindo-se em decisões que não reconhecem os outros como portadores de direitos igualitários, daí chamarmos de consciência pré-cidadania, tendo em vista não existir cidadania a partir da satisfação exclusiva dos interesses particulares. Transpondo-se para a realidade brasileira, em sua longa história de autoritarismo, corresponderia à subordinação ou à busca do sucesso dos próprios objetivos e interesses:

“Esta perspectiva sócio-moral dá guarida às relações de troca clientelista, que caracterizam historicamente o Brasil, as relações entre o Estado e os agentes privados (ou entre os poderes do Estado), sendo representada por valores comumente manifestados na sociedade, por vezes de forma naturalizada, como: ‘uma mão lava a outra’, ou ‘é dando que se recebe’ (FEDOZZI, 2002, p.147).

Ora, conforme pudemos observar, a história do GHC contém alguns destes elementos, como a intervenção durante o governo militar, sendo que, somente a partir

da década de 80 têm início as primeiras Associações de Trabalhadores. Sendo assim, não seria estranho pensar, por exemplo, se, nos primeiros anos do Plano de Investimentos, os delegados e suas equipes priorizassem aqueles equipamentos que são manuseados diretamente por eles (mesas, cadeiras, computadores, etc.), em detrimento de uma grande reforma, por exemplo.

O próximo estágio corresponde àquele no qual o indivíduo internaliza normas e expectativas da sociedade. Trata-se da cidadania conformada, na qual acordos e expectativas compartilhadas têm prioridade sobre interesses pessoais. No caso do Brasil, é possível levantar inúmeros exemplos da dificuldade em se atingir este nível de consciência de cidadania, como descreve Fedozzi (2002, p.150), a constância com que se furam filas, o desrespeito às normas que reservam lugares especiais nos ônibus, etc. No caso do GHC, poder-se-ia pensar em termos de internalização das normas, diretrizes e missão do grupo, por exemplo. Aquele indivíduo que, ainda que discordando, siga estes preceitos, estaria agindo dentro desta concepção de cidadania. No caso específico do Plano de Investimentos, aquele que agisse de acordo com as metas da Agenda Estratégica poderia representar um exemplo desta categoria, tendo em vista que este indivíduo agiria a partir de um conjunto “normativo” por ele internalizado.

Finalmente, o terceiro nível de consciência, a cidadania crítica, representa aquele estágio no qual valores como justiça, liberdade e igualdade adquirem prioridade sobre questões individuais e até mesmo normativas. Um bom exemplo desta postura, conforme vimos neste referencial, foi o enfrentamento realizado por Associações de Moradores de Porto Alegre, em relação ao Estado, durante a década de 80, com o objetivo de alcançar o reconhecimento de seus direitos. Da mesma forma, a greve realizada no GHC, em 1988, reivindicando aumento salarial e eleições para cargos de chefia, corresponde a uma atitude baseada em questionamento à ordem estabelecida, portanto uma postura crítica. De acordo com Fedozzi (2002, p.164):

“A cidadania crítica é um requisito para o processo de auto-instituição da sociedade, no qual essa se reconhece em seu próprio produto, nas leis, nas instituições que devem reger a sua vida e sabe que, assim como as produziu, pode modificá-las e corrigi-las. Essa forma de consciência permite que os indivíduos, se necessário, ajam contra a ordem racional legal ou contra as normas morais da sociedade, caso esse impeça a existência de valores maiores, como o bem-estar da maioria, a vida e a dignidade humanas”.

Desta forma, entendemos que a Gestão Participativa e o Plano de Investimentos são processos recentes e em constante transformação. Ao mesmo em que os atores envolvidos alteram regras, dinâmicas, espaços, entre outros, são amplamente

modificados por estes processos. Assim, ao investigar o conhecimento dos indivíduos acerca das metas da Agenda Estratégica, estaremos também refletindo sobre seu estágio de consciência sócio-moral e, por conseguinte, sobre a forma como eles enxergam o processo do qual participam, a empresa onde trabalham e os usuários deste sistema, por exemplo. De acordo com Fedozzi (1997, p.106):

“O orçamento é um instrumento de importância política fundamental para a gestão sócio-estatal. Ele sintetiza uma grande parte da normatização legal da cidadania, ou seja, dos direitos e deveres que nascem da reciprocidade e da interação entre governados e governantes e das relações institucionais constituídas entre os poderes representativos do Estado”.

Finalmente, cabe destacar a importância desta investigação para os gestores, que poderão compreender como aproximar suas expectativas e os resultados efetivamente obtidos com o Plano de Investimentos, para os trabalhadores, no aprimoramento e na ampliação de sua participação na gestão e, finalmente para os usuários, tendo em vista que, em se alcançando uma postura mais crítica, o bem estar da população estaria ainda melhor resguardado.

5. METODOLOGIA

Este estudo de abordagem qualitativa e caráter exploratório busca investigar a vinculação entre a aquisição de equipamentos e materiais, pelo Plano de Investimentos, às metas institucionais estabelecidas pela Agenda Estratégica, para o ano de 2009, no HF, a partir da visão dos atores envolvidos, considerando seu conhecimento acerca destas metas e as prováveis dificuldades e/ou conflitos resultantes desta tentativa de vinculação, bem como o contexto de democratização da gestão no qual se insere.

De acordo com Minayo (2008, p.23), a pesquisa qualitativa:

“visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais”.

Esta escolha se justifica na medida em que nossa preocupação se dá na compreensão do significado da vinculação entre aquilo que se espera (metas) e o que ocorre (demandas) e não na sua frequência simplesmente, pois a análise preliminar já nos conduziu a uma hipótese acerca da dificuldade de ocorrência da vinculação. Conforme pudemos observar ao longo do referencial teórico, o exercício da cidadania, neste caso através da gestão participativa, é um processo que se desenvolve e transforma aqueles que dele participam, em diferentes níveis de consciência moral, refletindo diretamente em suas escolhas. Neste sentido, trata-se de trazer à tona, não apenas as

escolhas que os sujeitos fazem em relação ao orçamento da instituição, mas, essencialmente, o significado destas escolhas. Nas palavras de Minayo, este é o papel das pesquisas qualitativas:

“entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2008, p.22-23).

Quanto ao caráter exploratório, buscar-se-á compreender este significado no lugar onde ele ocorre, ou seja, participando das reuniões do Plano de Investimentos, analisando documentos referentes ao PI 2009, além da análise bibliográfica, e convidando aqueles que fizeram parte do PI 2009 no HF a responderem algumas perguntas pré-estabelecidas (vide Apêndice A: Roteiro da Entrevista). De acordo com Piovesan (1995, p.4) “A pesquisa exploratória, ou estudo exploratório, tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere”. As respostas produzidas nesta etapa devem, portanto, conduzir a um melhor conhecimento da realidade estudada, de modo a proporcionar o planejamento da continuidade do projeto.

A segunda etapa corresponderia à entrevista em profundidade, ou semi-estruturada, elaborada a partir do que se observou na análise exploratória. Nesta etapa, o respondente será submetido a um roteiro construído a partir da análise exploratória, podendo, entretanto, manifestar mais livremente suas idéias e opiniões.

A classificação dos dados obtidos até esta etapa seguirá um modelo próximo ao descrito por Fedozzi (2002, p.146), que tratou dos tipos de consciência de cidadania, tentando estabelecer diferentes níveis de entendimento dos participantes sobre a vinculação das metas da Agenda Estratégica ao Plano de Investimentos.

O universo dos participantes corresponde aos delegados, suplentes, gestores e usuários que atuam no Plano de Investimentos. A amostragem delimitará o estudo aos participantes do PI 2009 no HF, sendo sua identificação o resultado das eleições para delegados, ocorrida ao final de 2008.

Finalmente, chegamos à fase de análise do material qualitativo. A técnica escolhida para esta etapa é a análise de conteúdo, assim descritas por Minayo (2008, p.308):

“Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas

(significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem”.

No nosso caso, as estruturas semânticas advirão do resultado da análise exploratória e das entrevistas em profundidade, ao passo que os significados advêm do referencial teórico.

Considerando as diversas possibilidades de Análise de Conteúdo descritas por Minayo (2008), este estudo optou pela análise temática, na qual o tema é o centro da interpretação. Neste tipo de análise, a presença ou frequência de um determinado tema na comunicação, aqui entendido como uma unidade de significação, “denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso” (Minayo, 2008, p.316). O processo de análise temática se inicia com a pré-análise, ou a escolha do que vai ser analisado, bem como a retomada dos objetivos iniciais, através da leitura do conjunto das comunicações e das indagações iniciais:

“Nesta fase pré-analítica, determinam-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise”. (MINAYO, 2008, p. 317).

Em seguida, proceder-se-á a exploração do material, buscando identificar as categorias, aqui entendidas como “expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo da fala será organizado” (Minayo, 2008, p.317). Escolhidas as categorias, será realizada a contagem e a classificação, para que se possa agregar as categorias teóricas às expressões encontradas nos discursos.

Finalmente, será realizado o tratamento dos resultados obtidos, bem como sua interpretação. Nesta etapa, os resultados serão submetidos a operações estatísticas simples, com o objetivo de colocar informações significativas em relevo, relacionando-as com o quadro teórico, chegando-se à dimensão interpretativa, que se traduz no significado da vinculação das metas às demandas do Plano de Investimentos, para os atores envolvidos neste processo.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os participantes serão esclarecidos sobre o trabalho quanto ao método de investigação, objetivo, justificativa e também que a participação voluntária não acarretará quaisquer tipos de danos pessoais ou morais, sem qualquer tipo de encargo financeiro, e ainda, que seus nomes serão preservados e as informações serão confidenciais.

Todos os funcionários que participarem desta pesquisa receberão antes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), que deverá ser lido e assinado antes da participação nos questionários aplicados.

Da mesma forma, o Trabalho será avaliado pelo Comitê de Ética do GEP-GHC e deverá receber aprovação antes da aplicação da pesquisa.

Não obstante, o estudo concluído ficará a disposição para avaliação e publicação na Revista Científica do GHC e do Centro de Documentação do GHC.

7. ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS

RECURSOS HUMANOS:

Os recursos humanos envolvidos neste estudo serão o autor do projeto, o orientador da pesquisa, um digitador (a) e um revisor (a) de língua portuguesa.

RECURSOS MATERIAIS:

Os gastos com os recursos materiais serão com a infra-estrutura de informática, como microcomputador, papel, tinta para impressão e mídia para gravação do resultado final.

8. CRONOGRAMA

	1ºMês	2ºMês	3ºMês	4ºMês	5ºMês	6ºMês
Apresentar Pesquisa e o Termo	X					
Aplicação do questionário		X				
Coleta de dados		X				
Análise documental			X			
Análise dos dados				X		
Avaliação do Comitê de Ética					X	X

ANEXO 1: FORMULÁRIO PRINCIPAL DE JUSTIFICATIVA DAS DEMANDAS DO PI

1. Solicitação de: ☐ Obra / Reforma / Instalação

☐ Equipamento < Digite aqui o código da ET >

2. Quantificação: <quantidade>

3. Descrição da Solicitação: < descrição>

4. Unidade Hospitalar : ☐ HCSC ☐ HCR ☐ HF ☐ HCC

5. Gerência : < Digite o nome da gerência >

6. Setor : < Digite o nome do setor >

7. Código Setor : < Digite o código>

8 . Enquadramento do Setor :

☐ Administrativo

☐ Assistência

☐ Pesquisa

☐ Ensino

☐ Apoio - Manutenção

☐ Apoio – Nutrição

☐ < outros - especifique aqui >

9. Qual o problema que esta solicitação pretende resolver:

< digite aqui a informação solicitada - se necessário anexe texto>

10. Quais as melhorias no processo de trabalho que serão implementadas com esta solicitação:

< digite aqui a informação solicitada - se necessário anexe texto >

11. Quais os problemas que serão causados para o Setor e/ou Pacientes se esta solicitação não for aprovada:

< digite aqui a informação solicitada - se necessário anexe texto >

12. Sugira 3 indicadores com suas metas para que no futuro os benefícios deste investimento possam ser avaliados:

Indicador	Atual	Meta proposta
Ex.: Cirurgias canceladas no mês	30	10

13. Preencha também o formulário anexo conforme indicado abaixo (obrigatório):

Anexo A - Equipamentos Médicos Assistenciais e Laboratório

Anexo B - Mobiliário , Hotelaria , Som & Imagem

Anexo C - Mobiliário Hospitalar

Anexo D - Apoio e Infra-estrutura (Nutrição, Manutenção, etc)

Anexo E - Climatização

Anexo F - Informática

Anexo G - Obras/Reformas/Instalações

Solicitante

____/____/____
Data

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.**

Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 13 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Agenda Estratégica 2009.**

Porto Alegre: GHC, mar.2009. Disponível em:

<<http://www2.ghc.com.br/GepNet/cursocietlatomaterial3.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição. **PI: O Orçamento**

Participativo do GHC. Porto Alegre: GHC, jun.2003. Disponível em:

<<http://www2.ghc.com.br/genp/comete.html>>. Acesso em: 30 nov. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição. **Programas e Projetos.**

Porto Alegre: GHC, 2007. Disponível em:

<<http://www2.ghc.com.br/genp/comete.html>>. Acesso em: 30 nov. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** 2009 Disponível em: <

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288>.

Acesso em 22 out. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política**

Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. 2.ed.

Brasília, Ed. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>.

Acesso em: 24 mai. 2009

CARVALHO, Brígida Gimenez et al. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil.

In: CORDONI JUNIOR, L. C., (org.); ANDRADE, S. M., SOARES, D.A. **Bases da**

saúde coletiva, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. P.27-59.

FEDOZZI, Luciano. **O eu e os outros: a construção da consciência social no**

Orçamento Participativo de Porto Alegre. 2002. 339f. Tese. Doutorado (Sociologia).

UFRGS, Porto Alegre, dez. 2002.

FEDOZZI, Luciano. **Orçamento Participativo: reflexões sobre a experiência de**

Porto Alegre. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1997.

FERLA, Alcindo Antonio et. al. **Pesquisando no cotidiano do trabalho na saúde:**

aspectos metodológicos e de formatação para elaboração de projetos de

informação científica e tecnológica em saúde. Porto Alegre: Grupo Hospitalar

Conceição, 2008. Disponível em: <

<http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/manualprojetopesquisaictc.pdf>> Acesso em 05 mai. 2009.

MALIK, Ana Maria. **Gestão de Recursos Humanos**. Volume nove. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume09.pdf> Acesso em 06 mai. 2009.

MÉDICI, André Cezar. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: Piola, S. F., Vianna, S. M. (Org.). **Economia da Saúde: Conceitos e Contribuições para a Gestão da Saúde**. 2ª Ed., Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica, 1998. p. 23-68.
Aplicada. <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/economia_saude/CAP2.pdf> Acesso em 05 de maio de 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª edição. São Paulo: Hucitec, 2008.

PI, Plano de Investimentos do GHC. **Regimento das Eleições para a Escolha dos Representantes para os Colegiados de Gestão e o Fórum do PI 2010 do GHC** (mensagem pessoal). Mensagem recebida por <ceciliageo@yahoo.com.br > em 03 set. 2009.

POSSA, Lisiane Bôer. **Mecanismos de participação e atores sociais em instituições hospitalares: O caso do Grupo Hospitalar Conceição**. 122f. Dissertação. Mestrado (Sociologia) - UFRGS - Porto Alegre, 2007.

VIACAVA, Francisco et. al. Uma metodologia de avaliação do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9. n.3, p.711-724, jul./set. 2004.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa Exploratória: procedimento para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.29, n.4, p.318-325, ago. 1995. <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n4/10.pdf>> Acesso em 27 de fevereiro de 2010.

APÊNDICE A

Roteiro da entrevista da pesquisa: VINCULAÇÃO DAS METAS INSTITUCIONAIS AO CONTROLE SOCIAL NA REDE PÚBLICA: O PLANO DE INVESTIMENTOS DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO.

Parte 1: Análise Exploratória

1) Há quanto tempo você participa do Plano de Investimentos?

- () 1 ano ou menos () mais de 1 ano () mais de 2 anos
() mais de 3 anos () mais de 4 anos () mais de 5 anos

2) Além do Plano de Investimentos, você participa de outro grupo, entidade ou associação, em função do seu trabalho no GHC?

- () Não
() Sim, participo do Conselho Gestor
() Sim, participo do Conselho de Administração
() Sim participo de Associação de Trabalhadores (ASSERG, AMEHC, AMEHCR, AMEF)
() Sim, participo de reuniões sindicais
() Sim, participo da CIPA
() Sim, participo de comissão temática (gênero, racial, outras)
() Sim, participo de outros grupos Qual? _____

3) Fora do GHC, você participa de outros grupos?

- () Não
() Sim, Associação de Moradores de Bairro
() Sim, Orçamento Participativo

() Sim, Grupos Religiosos

() Sim, outro(s) Qual (ais)_____

4) No PI 2009, você participou representando qual dos grupos abaixo relacionados?

() trabalhadores () gestores () usuários

5) No seu ponto de vista, que tipo de demandas você representou neste Plano de Investimentos?

() As demandas de minha equipe

() As demandas do GHC, independentemente da equipe a que se referem

() As demandas dos usuários

() Todas as anteriores

() Não sei

6) Você tem conhecimento sobre as metas da sua equipe de trabalho?

() Não

() Não se aplica

() Já ouvi falar, mas não conheço cada uma das metas

() Fui informado sobre as metas nas reuniões de equipe

() Conheço plenamente as metas

7) Você acha que estas metas representam a opinião de que sujeitos, entre os abaixo relacionados?

() A vontade de todos os trabalhadores

- () A vontade dos gestores
- () A vontade dos trabalhadores, gestores e usuários
- () Não sei

8) Entre os sujeitos abaixo, qual(ais) você acredita que participam da elaboração destas metas?

- () Todos os trabalhadores, através de representação
- () Os gestores
- () Os usuários
- () Todas as anteriores.

9) Qual é a sua opinião sobre a participação dos delegados no Plano de Investimentos?

10) De que forma você acredita que os gestores poderiam aprimorar o PI?

11) De que forma você acredita que os trabalhadores poderiam aprimorar o PI?

12) Você acredita que está decidindo o que será adquirido com o orçamento do PI?

13) De que maneira o PI pode melhorar a atenção aos usuários?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: VINCULAÇÃO DAS METAS INSTITUCIONAIS AO CONTROLE SOCIAL NA REDE PÚBLICA: O PLANO DE INVESTIMENTOS DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO.

Pesquisador: Cecília de Lima Lopes

E-mail: ceciliageo@yahoo.com.br

Declaro que fui esclarecido (a) de forma detalhada pelo pesquisador dos objetivos, justificativas e metodologia desta pesquisa, que ao responder o questionário sobre a minha participação no processo do plano de investimento do GHC estarei contribuindo para a realização dela.

Comprovo e assino que fui esclarecido (a) pelo pesquisador que:

- a) Serei entrevistado respondendo questões referentes à participação no processo de construção do plano de investimento do GHC;
- b) Que as minhas informações serão subsidio para a pesquisa que tem como objetivo descrever a construção do Plano de Investimento no GHC;
- c) Que os meus dados serão mantidos em sigilo, não serei identificado, sendo assim assegurado meu anonimato;
- d) Que minha participação não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza, e sem nenhum custo financeiro;
- e) Havendo dúvida ética poderei entrar em contato com o coordenador (a) do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC.

Porto Alegre, _____, _____ de 2009.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura do participante

Cecilia de Lima Lopes
Assinatura do Pesquisador