



4º Encontro Internacional de Política Social
11º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Mobilidade do capital e barreiras às migrações:
desafios à Política Social
Vitória (ES, Brasil), 6 a 9 de junho de 2016

Eixo: Democracia, participação e movimentos sociais.

A PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NO CONTROLE SOCIAL NO SUS

Cíntia Pereira Ferreira¹
Maria Carlota de Rezende Coelho²
Valmin Ramos da Silva³

Resumo

O objetivo do estudo foi discutir participação do usuário sobre o controle social na gestão colegiada no Hospital Estadual Doutor Dório Silva. Estudo histórico social de abordagem qualitativa que teve como método a História Oral Temática. Participaram do estudo cinco representantes dos usuários que atuam e ou atuaram como membros do Conselho Gestor. Os resultados apontam, que apesar dos avanços, ainda existem fragilidades na legitimação do controle social no hospital.

Palavras-chave: Gestão hospitalar. Serviço de saúde. Governo estadual. Participação social., Trabalhadores de saúde.

THE USER INVOLVEMENT IN SOCIAL CONTROL IN SUS

Abstract

The aim of the study was to discuss user participation on social control in the collegial management at the State Hospital Doctor Dório Silva. Social historical study of qualitative approach that had as a method History Thematic Oral. Participants were five representatives of users and act or acted as members of the Management Board. The results show that despite progress, there are still weaknesses in the legitimization of social control in the hospital.

Keywords: Hospital management. Health service. State government. Participation social. Health workers. Participation.

INTRODUÇÃO

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

¹ Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM, servidora do Hospital Doutor Dório Silva. E-mail: <cintiaferreira@saude.es.gov.br>.

² Professora adjunta do mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM. E-mail: <maria.coelho@emescam.br>.

³ Professor adjunto do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM. E-mail: <valmim.silva@emescam.br>.

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

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

Frente a esse grande processo de transição populacional, ressalta-se a capacidade de atração que o município de Serra apresentou, visto que tal ocorrência se deu principalmente às iniciativas tomadas pela Superintendência de Projetos de Polarização Industrial (SUPPIN), com a instalação do Centro Industrial Metropolitano de Vitória (CIVIT I e CIVIT II), que fizeram da cidade um polo de desenvolvimento industrial em condições de receber novas instalações industriais, comerciais e de prestadores de serviços, além dos grandes projetos que se instalaram na região. Conforme dados do IBGE foram instaladas no município do início da década de 80 a meados da década de 90, um total de 1937 (um mil novecentas e trinta e sete) empresas (PETRI, 2008).

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

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

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

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

Nesse contexto emergem os movimentos sociais no município da Serra, que foram caracterizados principalmente pelo movimento das associações de moradores e que mais tarde deu origem à Federação das Associações de Moradores (FAMS), um dos mais importantes atores deste processo (FERREIRA, 2006).

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

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

Assim, as propostas de participação social e popular, descentralização e transparência administrativa ganham fôlego junto ao movimento popular na Serra.

Em meados de 1990, o município da Serra, contava com 10 (dez) conselhos legalizados e funcionando, dentre eles o Conselho Local do Hospital Dório Silva. Esses 10 conselhos estavam limitados à instituição de normas, exercendo caráter normativo, principalmente os Conselhos de Saúde e de Educação, que se mantinham para garantir repasses de verbas federais. No entanto, isso não significava discussão política e avanços relacionados à política em questão (PETRI, 2008).

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

Ainda que as regulamentações federais construíssem as pontes para se conduzir ao modelo de gestão colegiada, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do Governo do Estado do Espírito Santo (ES) e, os treze hospitais públicos da rede estadual foram convocados a formularem e implantarem um contrato de gestão, denominado “Acordo de Resultados”. O Acordo de Resultados foi instituído pela Lei n.º 5.341/96 como um instrumento de gestão dos hospitais públicos vinculados a Secretaria Estadual do Estado do Espírito Santo.

Para efetivação deste acordo, na conjuntura do serviço público no Brasil, foi necessária a reorganização administrativa dos hospitais e a proposição de um novo modelo gerencial que desloca a ênfase do controle do processo para o controle de resultados, mediante acompanhamento através de indicadores de desempenho e participação efetiva dos usuários no Conselho Gestor do hospital, que já ocorria bem antes da lei que instituiu o Acordo de Resultados. (CELESTINO, 2002).

Os representantes da sociedade civil, no colegiado do Hospital, acumularam experiência na participação como, conselheiro no âmbito da saúde, e tem a tarefa de fiscalizar e deliberar as decisões do poder público (PETRI, 2008).

O caminho metodológico do estudo se deu a partir da abordagem qualitativa utilizando-se como método a História Oral Temática. Grande parte das pesquisas sociais

no que tange a área da saúde visa à solução de problemas relacionados aos processos no cotidiano da assistência. Compreender esses problemas na perspectiva daqueles que os vivenciam tem propiciado o uso da história oral nessa área de conhecimento. Nesse sentido, Meihy (2005) nos convida à reflexão de que a vida não é o que a gente viveu, e sim o que a gente recorda e, como recorda para relatá-la.

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

É importante o entrevistador estar atento para não influenciar o narrador. Tourtier-Bonazzi (1996, p. 234), afirma que “[...] é indispensável criar uma relação de confiança entre o depoente e entrevistador [...]”, pois disso depende o sucesso da entrevista.

As fontes prioritárias da pesquisa foram os depoimentos colhidos dos membros do Conselho Gestor que representam os usuários. Foram também utilizados registros em atas e documentos disponibilizados pela SESA, pelos gerentes do Hospital e pelos conselheiros.

As transformações ocorridas recentemente nas ciências humanas e nos interesses humanitários das Ciências da Saúde, principalmente os debates promovidos pela multidisciplinaridade sugerem que abordagens como usos da documentação oral sejam colocados como prioritários para o estabelecimento do saber acadêmico atualizado. Este estudo pretende reforçar a discussão sobre as possibilidades da utilização da História Oral Temática como método qualitativo aplicável às Ciências da Saúde, mas utiliza também documentos escritos, bem como a literatura pertinente ao tema, uma vez que ela apresenta o contexto dos fatos em análise. Essa medida é realizada a partir da triangulação entre o depoimento, o documento e o contexto como uma forma de aproximação da veracidade dos fatos (MEIHY; HOLANDA, 2007).

DESENVOLVIMENTO

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

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

Os movimentos sociais passaram de uma atitude predominantemente reativa, antagônica e contestadora da legitimidade do Estado na gestão da sociedade, a uma postura mais propositiva, que passa a entendê-lo como espaço de disputa, que busca conquistar espaços no seu interior, alargando o leque de interlocutores e ampliando sua legitimidade. “[...] eu trabalho nessa linha, de primeiro procurar a construir, primeiro procurar resolver as coisas no diálogo, em reunião e fazendo isso com todos, debatendo com todos” (**Conselheiro 1**). Observa-se no depoimento que a participação entendida e realizada como confronto dá lugar à participação entendida como disputa e negociação. A reivindicação de participação popular, formulada pelos movimentos sociais, torna-se a reivindicação de participar da gestão da sociedade (CARVALHO, 1998).

A participação social exige iniciativa, pois é essencial que o cidadão opine e participe efetivamente das políticas, ações e serviços públicos dos quais são beneficiários. De acordo com Bravo (2007) a participação social é entendida como a gestão nas políticas por meio do planejamento e fiscalização desenvolvidos pela sociedade civil organizada em órgãos e serviços do Estado responsáveis pela elaboração e gestão das políticas públicas. O depoimento de um dos representantes dos usuários no conselho do hospital, nos revela essa compreensão, na medida em que refere envolvimento de outras instituições da sociedade civil para o fortalecimento do controle social. “[...] nós trazemos para dentro do conselho várias instituições, entre elas o Ministério Público e a OAB, essa pactuação fortalece e assim estabelece o controle social” (**Conselheiro 4**). Vale ressaltar que vinculação dos conselheiros ao Ministério Público muitas vezes se dá em função de que ambos defendem o acesso do usuário.

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

Nós participamos e intervimos em muitos assuntos que eram discutidos pelos gestores aqui no hospital: acolhimento de pacientes deliberação para liberação de servidores para participarem de

assembleias; regulamentação do horário de atendimento ao paciente no setor de imagem; registro de ponto dos trabalhadores. Impedimos o fechamento do setor de pediatria (**Conselheiro 3**).

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

Analisando as atas das reuniões do Conselho Gestor observa-se que os registros vão de encontro as falas dos representantes dos usuários que conferem prioridade em suas pautas discussões e temas inerentes ao planejamento das ações de saúde, à socialização das informações sobre as questões administrativas que envolvem os trabalhadores, bem como os serviços ofertados pelo hospital:

Assuntos a serem discutidos pelos gestores: acolhimento de pacientes no ambulatório; visita técnica aos gerentes do hospital; levantamento de questões sobre o perfil do HDDS; deliberação para liberação de servidores para participar de assembleias; regulamentação do horário de atendimento ao paciente no setor de imagem; registro de ponto dos trabalhadores; fechamento do setor de pediatria (**ATA DO CONELHO GESTOR 30 DE JULHO DE 2014**).

As novas experiências de gestão pública democrática na realidade brasileira, como os Conselhos, tentam, assim, absorver a noção da esfera local como espaço de mediação de interesses e de gestão político-administrativa descentralizada e participativa das políticas públicas.

Então eu vejo assim, esse conselho gestor do HDDS, não por mim, mas quando avaliado por outros órgãos, como o conselho estadual de saúde, é considerado o conselho mais atuante do estado do Espírito Santo e também daqui do município (**Conselheiro 1**).

A fala do conselheiro acima reforça o entendimento de Carlos (2003) quando refere que o movimento popular da Serra, que mesmo envolto a um ambiente de forças políticas adversas conseguiu sobreviver, fortalecendo-se com os obstáculos e atuando como ator na construção de um novo cenário político no município. Esta análise é relevante na medida em que nos aponta a influência que o movimento popular,

concedeu ao processo de implementação de mecanismos de gestão democráticos como os Conselhos Gestores, orçamento participativo, dentre outros.

Portanto os Conselhos são espaços de lutas entre interesses contraditórios pela diversidade de segmentos da sociedade nele representados, apresenta caráter deliberativo no SUS e tem como missão a fiscalização, o acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. As competências que este conselho assume perpassam desde o orçamento, quanto à execução orçamentária, e possuem grande responsabilidade no cenário nacional da saúde. Os conselhos gestores, no âmbito hospitalar, fortalecem a gestão democrática e contribuem para a consolidação do controle social no SUS.

Carlos (2003) defende que o movimento popular no município de Serra foi imprescindível para o avanço da participação popular na gestão da coisa pública, indo de encontro ao depoimento de um dos representantes quando refere que “[...] eu já fui muitos anos do conselho e, voltei, porque acho que o hospital está precisando aprimorar o seu controle nas ações e, melhorar o atendimento para sociedade” (**Conselheiro 3**) e vai mais além quando diz que “[...] o que me motivou a estar aqui no conselho é saber que eu ajudo a fazer o controle social” (**Conselheiro 3**). Nesse sentido, observa-se que na fala desse conselheiro está implícito o seu papel como membro do Conselho Gestor do hospital.

Olha eu já milito na área da saúde há muito tempo, e tenho conhecimento das dificuldades e das barreiras que o usuário tem para ter acesso ao atendimento na área da saúde. E por ser do movimento popular, estou dentro desse ramo, está no meu sangue isso (**Conselheiro 2**).

O depoimento acima reforça o estudo de Carlos (2003) e, nos remete ao entendimento de que esse representante é organicamente comprometido com os movimentos pulares tanto na saúde quanto na militância em movimentos populares. Mas para outros, “[...] fazer valer o controle social não é fácil principalmente nessa posição do conselho gestor, aqui do hospital, porque nós temos um papel fiscalizador e deliberativo” (**Conselheiro 1**).

Segundo Shierholt (2008) existem algumas dificuldades para o funcionamento dos conselhos de saúde, entre elas: a falta de diversidade dos movimentos sociais e representações mais amplas; a baixa autonomia dos conselhos; a cultura autoritária e centralizadora das instituições; a burocratização das rotinas, contribuindo para o

afastamento da população nos processos; a distância dos usuários das entidades e população que representam; e a baixa visibilidade dos conselhos. Nos depoimentos abaixo fica implícito que a construção do espaço democrático, no Conselho Gestor do hospital, não está isento de divergências e contradições.

Veja bem, para se fazer o controle social hoje, a gente briga muito, fala muito, mas ele deixa muito desejar, geralmente as pessoas fazem e falam de controle social pensando no seu umbigo, é controle social querendo se de dar bem, é controle social negociando favores, é controle social pedindo atendimentos particulares e isso não é controle social. O próprio movimento popular, os sindicatos não ajudam a contribuir para esse controle social, então eu vejo que o controle social tem muito para avançar e os gerentes do hospital também tem que ajudar nisso, porque ainda deixa muito a desejar (**Conselheiro 2**).

Os desafios que a gente enfrenta são muitos, a gente marca até reunião com o Secretário de Saúde para resolver coisa aqui no HDDS. Os embates são muitos, as questões são burocráticas demais, as barreiras são muitas, os gerentes não respeitam, não reconhecem que o conselho contribui para um controle social. A direção faz as coisas, passando por cima do conselho, esquecendo do nosso papel que é deliberativo, fiscalizador (**Conselheiro 3**).

Os conselheiros pontuam, nos depoimentos acima, questões relacionadas aos conselheiros, que muitas vezes confundem o seu papel na gestão, os entraves burocráticos da administração pública, mas também pontuam os desafios para romper com a cultura da administração verticalizada, uma vez que fica claro nos depoimentos que muitas questões são definidas pelos gestpres e depois encaminhadas para conhecimento dos conselheiros. Também fica explícito que os conselheiros não aceitam passivamente, uma vez que recorrem a instâncias superiores para reconhecerem o efetivo controle social.

Então no mandado passado nós tivemos alguns avanços, conseguimos uma estrutura para o conselho, nem tinha sala, hoje nós temos sala, com computador, mesa, cadeira, ou seja, uma estrutura que dá para gente trabalhar, e antes a gente não tinha nada disso. E dentro do hospital com alguns atendimentos e intervenções, impedimos que fechasse a pediatria, por exemplo. E nós trazemos para dentro do conselho várias entidades instituições, entre elas o Ministério Público e a OAB, a gente faz essa pactuação para gente se fortalecer e se entender, e assim estabelecer o controle social (**Conselheiro 4**).

Uma das características que dá ao SUS singularidade histórica e internacional é que, no Brasil, a participação popular não é para a avaliação do grau de satisfação com a atenção, mas para a cooperação na organização de programas de saúde. O controle social, no sistema de saúde brasileiro, se traduz em direito e dever da sociedade na

participação em debates e na tomada de decisões sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde (CAMPOS, 2003).

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

Os resultados apontam que o controle social no Hospital, apesar dos avanços ainda mantém algumas fragilidades, visto que ficou evidente nos depoimentos dos representantes dos usuários que ora os próprios representantes dos usuários ainda não têm muita clareza de seu papel no controle social do SUS e, ora os embates são oriundos da incompreensão dos representantes do governo no Conselho Gestor do hospital do seu papel na democratização da gestão.

Após as análises nota-se que é preciso aprimorar o modelo de gestão no hospital. O hospital Dório Silva, apesar de apresentar índices de produtividade e economia em algumas áreas, necessita organizar uma gestão equilibrada entre o governo e sociedade, para que juntos desenvolvam mecanismos para o aprimoramento gerencial desse hospital que, desde a sua inauguração conta com a participação do usuário, ora mais ativo e ora mais passivo, dependendo dos atores envolvidos e do momento político vivido.

Um modelo ideal de gestão é a junção de um trabalho, isto é, que seja desenvolvido junto e compartilhado entre os gestores e usuários, uma função que seja organizada, sistemática e de importância para o hospital e para os usuários que exija a atuação e construção de ambos os atores. Algo que envolva a função de organizar e

mediar à política de saúde no hospital junto ao trabalho em saúde desenvolvido entre os membros do colegiado de gestão e os conselheiros. Além disso, a gestão de saúde precisa estar voltada para o hospital e não para interesses ou valores individuais ou de categorias pré-determinadas.

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

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, G. (org). **Espírito Santo: um painel da nossa história**. Vitória: EDIT, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. **Educação constitucional**. Brasília (DF), 1988.

BRAVO, M. I. S. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. *In: Política SOCIAL e Democracia*. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

CARLOS, E. **Controle social e política redistributiva: as experiências de orçamento participativo em Vitória e Serra-ES**. 2003. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional)–Programa de Pós-graduação em Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. p.123-150.

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

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho mágico**, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

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

ESPIRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Termo de referência do programa de aprimoramento gerencial do sistema de saúde do estado do Espírito Santo**. Vitória, 1997a.

ESPIRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Programa de aprimoramento gerencial do sistema de saúde do estado do Espírito Santo**:

Exposição de Motivos dos Anteprojotos de Lei dos Hospitais de acordo com o novo modelo gerencial. Vitória, 1997b.

FERREIRA, A. A. **Participação, sociedade civil e a capacidade de influenciar políticas sociais**: o caso do conselho municipal de educação da Serra/ES. p. 139-211, 2006. Dissertação (Mestrado em Política Social)–Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências 81 Jurídicas e Econômicas, Vitória, 2006.

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

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

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

PRESOTO, L. H.; WESTPHAL, M. F. **A participação social na situação dos conselhos municipais de Bertioga – SP**. São Paulo, 2005.

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

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

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

TOURTIER-BONAZZI, C. Arquivos: propostas metodológicas. *In*: FERREIRA, M. M.; AMADO, J. (Org.). **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: FGV, 1996.