



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E CONTABILIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E CONTROLADORIA

FRANCISCO RICARDO MARIZ SANTOS

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA:
O CASO DA REGIÃO DE CANINDÉ**

FORTALEZA

2016

FRANCISCO RICARDO MARIZ SANTOS

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA:
O CASO DA REGIÃO DE CANINDÉ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria, da Faculdade de Economia, Administração, Atuária, e Contabilidade da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração e Controladoria. Área de Concentração: Estratégia e Sustentabilidade.

Orientadora: Prof. Dra. Sandra Maria dos Santos

FORTALEZA

2016

FRANCISCO RICARDO MARIZ SANTOS

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA:
O CASO DA REGIÃO DE CANINDÉ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria, da Faculdade de Economia, Administração, Atuária, e Contabilidade da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração e Controladoria. Área de Concentração: Estratégia e Sustentabilidade.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sandra Maria dos Santos (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Augusto Cezar de Aquino Cabral
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Fátima Regina Ney Matos
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

**Dedicado a meus pais
Eduardo Feijó e Agnete Mariz.**

AGRADECIMENTOS

A meus pais pelo apoio e dedicação.

A Professora Sandra pela colaboração, estímulo e compreensão.

Aos Professores Augusto Cabral e Fátima Ney pela importante colaboração.

Aos amigos que me deram força e estímulo.

RESUMO

O controle social corresponde às práticas de vigilâncias e controle do estado por parte da sociedade. O controle social na gestão do Sistema Único de Saúde é regulamentado pela lei de Nº 8.142 de 28 de fevereiro de 1990. A lei estabelece que cada esfera de governo, conte com duas instâncias colegiadas, a conferência de saúde e os conselhos de saúde. A teoria institucional investiga como as práticas e os padrões adquirem condições de valores e são legitimados nas estruturas sociais, resultado da convergência de influências teóricas em especial da ciência política, da sociologia e da economia. Tolbert e Zucker (2010) apresentam um processo de institucionalização compreendido em três diferentes níveis que correspondem a três etapas do mesmo processo. O primeiro nível de pré-institucionalização correspondente à etapa de habitualização, o segundo o nível semi-institucionalização correspondente à etapa de objetificação, e o terceiro nível de institucionalização total, correspondente à etapa de sedimentação. Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar o processo de institucionalização do controle social da saúde nos municípios da região de saúde de Canindé. Quanto aos aspectos metodológicos, é uma a pesquisa qualitativa, e descritiva. Para a obtenção dos dados foram realizadas dezoito entrevistas com membros dos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios da Região de Saúde de Canindé. Os resultados demonstraram diferentes níveis do processo de institucionalização ocorrendo simultaneamente com concentração no estágio de habitualização. Foram identificadas também similaridades nas estruturas adotadas pelos conselhos dos diferentes municípios como importante fator no processo de institucionalização.

Palavras-chave: Controle social. Teoria institucional. Isomorfismo. Processo de Institucionalização.

ABSTRACT

Social Control consists of practices of State surveillance and control by the society. The Social Control of the Sistema Único de Saúde's management is regulated by Law no.8.142 of February 28th, 1990. Such law states that each sphere of the government counts on two other collegiate bodies: The Conferência de Saúde (The Health Board) and The Conselhos de Saúde (Health Committee). The Institutional Theory checks how such practices and patterns acquire means of values and how such values are legitimated in social structures, result of the convergence of theoretical influences, especially the Political Science, Sociology and Economics. Tolbert e Zucker (2010) structure an institutionalization model in three different stages that correspond to the three stages of the same process. The first stage, Pre-institutional, corresponds to the stage of habitualization; the second stage, Semi-institutional, corresponds to the stage of objectification; and the third stage, Full Institutionalization, corresponds to the stage of sedimentation. This paper aims to analyze the process of institutionalization of social control of health in the municipalities of the health region of Canindé. About the methodological aspects, this is a qualitative and descriptive research. To achieve this data, eighteen members of the municipal health councils of the municipalities of the health region of Canindé were interviewed. As to the analysis of the interview data, we developed a content analysis. Results show different stages of the institutionalization process, occurring simultaneously, focused specially upon the habitualization stage. It was also identified similarities in the structures used by the health committees of the different municipalities as an important factor in the institutionalization process.

Keywords: Social Control. Institutional Theory. Isomorphism. Institutionalization Process.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Processos inerentes à institucionalização..... | 25 |
| Quadro 1 Enfoques da Teoria Institucional..... | 16 |
| Quadro 2 Perspectivas teóricas sobre campos organizacionais..... | 20 |
| Quadro 3 Objetivos e categorias temáticas..... | 35 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 09 |
| 2 | TEORIA INSTITUCIONAL | 14 |
| 2.1 | Aspectos teóricos e históricos da teoria institucional..... | 14 |
| 2.2 | Campo organizacional..... | 17 |
| 2.2.1 | <i>O campo da saúde pública</i> | 21 |
| 2.3 | O isomorfismo..... | 22 |
| 2.4 | O processo de institucionalização..... | 23 |
| 2.4.1 | <i>O modelo de institucionalização de Tolbert e Zucker</i> | 24 |
| 3 | CONTROLE SOCIAL | 28 |
| 3.1 | Controle social na saúde..... | 28 |
| 4 | METODOLOGIA | 32 |
| 4.1 | Tipologia da pesquisa..... | 32 |
| 4.2 | Sujeitos da pesquisa..... | 33 |
| 4.3 | Coleta de dados..... | 33 |
| 4.4 | Tratamento e análise dos dados..... | 34 |
| 5 | O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE | 36 |
| 5.1 | Perfil dos entrevistados..... | 36 |
| 5.2 | Análise dos fatores relativos aos estágios do processo de institucionalização do Controle Social da Saúde no Ceará..... | 37 |
| 5.2.1 | <i>Análise dos fatores relativos ao estágio de habitualização do Controle Social da Saúde</i> | 38 |
| 5.2.2 | <i>Análise dos fatores relativos ao estágio de objetificação do Controle Social da Saúde</i> | 40 |
| 5.2.3 | <i>Análise dos fatores referentes ao estágio de sedimentação do Controle Social da Saúde</i> | 43 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 47 |
| | REFERÊNCIAS | 51 |
| | APÊNDICES | 56 |

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da economia brasileira nos últimos anos tem sido significativo, o que coloca o país em uma situação de relativo conforto econômico mesmo durante as últimas crises que abalaram a economia global. Algumas áreas como a da educação e infraestrutura apresentam melhorias reais na qualidade destes serviços, no entanto o mesmo não tem ocorrido com a área da saúde pública, especialmente em regiões onde se encontram elevados níveis de miséria, pobreza, baixa escolaridade e elevada desigualdade social.

A declaração de que saúde é um direito de todos e dever do Estado está presente no artigo 196 da Constituição Federal que afirma dever este direito ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal, igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O direito garantido pela Constituição Federal está longe de ser uma realidade para a grande maioria da população brasileira, em especial, para àqueles que, não tendo condições financeiras para o patrocínio de sua saúde, dependem exclusivamente do Estado como tutor desta sua necessidade.

Com o objetivo de atender ao princípio constitucional de universalização do acesso e promoção da saúde, no Brasil, as três esferas de poder, federal, estadual e municipal atuam de forma descentralizada, tendo competências distintas, porém, com uma ação integrada, em que muitas vezes confundem-se as obrigações e responsabilidades dos respectivos poderes.

O governo federal atua especialmente no delineamento das políticas de saúde, principalmente mantendo a uniformidade dos programas entre os entes da federação, sendo o grande tutor financeiro da saúde pública. Os governos estaduais promovem a devida adaptação destas políticas e acompanham sua execução, ficando também com a responsabilidade da gestão de instrumentos de saúde de maior porte, como por exemplo, no Ceará os Hospitais regionais de média e alta complexidade, bem como serviços mais especializados, estes, muitas vezes são atendidos diretamente pelo executivo federal, como podemos constatar na importante contribuição dos hospitais universitários federais. É no município que na prática são efetivadas as políticas e ações de saúde, principalmente àquelas de prevenção, como a execução das campanhas de vacinação, acompanhamento,

como a Estratégia de Saúde da Família e os serviços emergenciais oferecidos pelos Hospitais de Pequeno Porte.

Na perspectiva de democratização da gestão pública, a Constituição Federal introduz o controle social como forma de participação da sociedade civil na elaboração, execução e controle das políticas públicas, incluindo as políticas de saúde.

O controle social na gestão do Sistema Único de Saúde é regulamentado pela lei de Nº 8.142 de 28 de fevereiro de 1990. A lei estabelece que cada esfera de governo, portanto, os governos estaduais, federais e municipais, sem prejuízo das funções do poder legislativo, contam com duas instâncias colegiadas, a conferência de saúde e os conselhos de saúde.

Conforme Carvalho (1995), o controle social corresponde às práticas de vigilâncias e controle do estado por parte de sociedade. Para Barros (1998) ele deve ser visto sob uma perspectiva democrática e é considerado por Raichelis (1998) um elemento que constitui estratégia política da esfera pública.

Na legislação do Sistema Único de Saúde – SUS, as conferências e os conselhos personificam o controle social. As conferências de saúde acontecem a cada quatro anos com representantes de vários segmentos sociais que avaliam a situação da saúde e propõem diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes.

Os conselhos municipais de saúde possuem caráter permanente e deliberativo. São órgãos colegiados compostos por representante do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Os conselhos formulam estratégias e controlam a execução da política de saúde na instância correspondente.

O processo de transformação de uma inovação em uma prática sedimentada na sociedade é prestigiado no estudo da administração pela teoria institucional. Sendo assim, a imposição legal do controle social da saúde na gestão pública proveniente da lei nº 8.142/90 e sua posterior transformação em prática ou mesmo rotina gerencial, pode ser apresentado como foco plausível de análise e estudo, à luz da teoria institucional. Berger e Luckmann (2005) afirmam que dizer que um segmento da vida humana foi institucionalizado equivale a dizer que foi submetido ao controle social

A teoria institucional investiga como as práticas e os padrões adquirem condições de valores e são legitimados nas estruturas sociais, de acordo com Freitas (2005). Ela é o resultado da convergência de influências teóricas em especial da ciência política, da sociologia e da economia como afirmam Machado-da-Silva e Goncalves (2010).

No entendimento de Meyer e Rowan (1977), as estruturas formais têm tanto capacidades simbólicas como capacidades de gerar ação. Tolbert e Zucker (2010) completam que no modelo institucional os indivíduos seguem normas sociais, sem reflexão nem resistência, baseados em seus próprios interesses. No tocante à capacidade simbólica, implica que a avaliação social das organizações e de sua sobrevivência pode residir na observação das estruturas formais que podem não funcionar e não na observação da eficiência da organização. As autoras apresentam um processo de institucionalização compreendido em três diferentes níveis que corresponde a três etapas do mesmo processo. O primeiro nível de pré-institucionalização correspondente à etapa de habitualização, o segundo, o nível semi-institucionalização, correspondente à etapa de objetificação, e o terceiro nível de institucionalização total, correspondente à etapa de sedimentação.

Ainda no modelo de institucionalização de Tolbert e Zucker (2010) estão presentes fatores críticos propulsores da geração da inovação bem como da mudança de estágios do processo de institucionalização. O modelo apresenta como forças geradores de inovação as mudanças tecnológicas, a legislação e as forças do mercado. Como fases críticas entre as etapas de habitualização e objetificação, o monitoramento interorganizacional e a teorização tendo outras fases críticas, antecedendo a sedimentação, os impactos positivos, a resistência de grupo e a defesa de interesse.

No, Ceará a Secretaria Estadual de Saúde, como forma de facilitar a gestão dos recursos e informações promove uma divisão territorial do estado agrupando municípios territorialmente limítrofes e com características sociais, culturais bem como econômicas semelhantes. (CEARÁ 2013).

De acordo com a territorialização promovida pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, as cidades de Canindé, Caridade, Paramoti, Itatira, Madalena e Boa Viagem, juntas, formam a quinta região de saúde do estado, tendo, portanto, uma coordenadoria que funciona no município de Canindé, polo dessa região,

devido maior contingente populacional bem como melhores condições de infraestrutura, econômica e de renda .

Mesmo tendo Canindé como município de referência e, este sendo regionalmente conhecido por ser um polo turístico religioso, todos os municípios que compõem a quinta região de saúde, apresentam similaridades á maioria dos municípios do semiárido brasileiro, realidades de elevada miséria, baixa escolaridade e, especificamente nesta região, baixo índice de concentração populacional conforme IBGE (2013), pois, excetuando-se o município de Canindé, que possui população superior a cinquenta mil habitantes e o município de Boa Viagem, com população superior a vinte mil habitantes, todos os demais municípios tem população inferior a quinze mil habitantes.

Tem-se como questão de pesquisa a indagação: Em quais etapas do processo de institucionalização proposto por Tolbert e Zucker encontraram-se as práticas referentes ao controle social da saúde nos municípios da região de saúde de Canindé?

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar o processo de institucionalização do controle social da saúde nos municípios da região de saúde de Canindé.

Têm-se os seguintes objetivos específicos:

- a. Analisar os fatores determinantes relativos ao primeiro estágio do processo de institucionalização do controle social na saúde pública no Ceará (habitualização);
- b. Analisar os fatores determinantes relativos ao estágio intermediário de institucionalização do controle social da saúde pública no Ceará (objetificação);
- c. Analisar os fatores relativos ao estágio final de institucionalização do controle social na saúde pública no Ceará (sedimentação);
- d. Verificar a evolução do processo e o grau atual da institucionalização do controle social na saúde pública do Ceará.

A pesquisa é de natureza qualitativa e descritiva, foi realizada uma pesquisa de campo nos municípios que compõem a região de saúde de Canindé que compreendem Canindé, Caridade, Boa Viagem, Paramoti, Itatira e Madalena. Os sujeitos da pesquisa foram os conselheiros municipais de saúde. Trata-se de uma amostra não probabilística selecionada por julgamento.

Esta dissertação está estruturada além desta introdução em mais cinco seções. A segunda e terceira seções tratam dos aspectos teóricos que fundamentam esse estudo, tratando da teoria institucional e do controle social respectivamente. Na quarta seção, é apresentada a metodologia da pesquisa, na quinta seção, são apresentados os resultados da pesquisa e a análise dos mesmos. Na sexta e última seção, são apresentadas as considerações finais deste estudo.

2 TEORIA INSTITUCIONAL

Esta segunda seção tem o objetivo de apresentar aspectos da teoria institucional começando do entendimento teórico, bem como uma breve compreensão do histórico que levou à concretização da teoria até o momento, passando em seguida pela apresentação do conceito de isomorfismo institucional, chegando ao processo de institucionalização no modelo de Tolbert e Zucker, utilizado nesta pesquisa como base para o alcance dos objetivos.

2.1 Aspectos teóricos e históricos da teoria institucional

A Teoria Institucional resulta da convergência de influências teóricas em especial da ciência política, da sociologia e da economia, levando a incorporação da ideia de instituições, padrões de comportamento, normas, valores e pressupostos de indivíduos, grupos e organizações. (MACHADO DA SILVA;GONÇALVES, 2010)

No seio da Teoria Institucional reside a crença de que a ordem social é um produto de regras e normas que definem e guiam os comportamentos socialmente aceitos, é o que compreende Scott (2004), assegurando desta forma a capacidade simbólica existente nas estruturas formais defendida por Meyer e Rowan (1977).

Uma questão central no tocante a construção da Teoria Institucional é a discussão quanto a possibilidade da racionalidade ser mais ou menos limitada. Tolbert e Zucker (2010) polarizam essa discussão na compreensão de dois atores antagônicos, o ator racional baseado na premissa de que os indivíduos estão sempre envolvidos em cálculos de custo e benefícios das diferentes alternativas de ação, de forma a maximizar a utilidade contrapondo-se ao modelo institucional, que pressupõe indivíduos “sobre-socializados” aceitando e seguindo normas sociais sem qualquer reflexão, resistência comportamental nem questionamentos, baseando-se somente em seus interesses particulares.

A estrutura formal de diversas organizações da sociedade pós-industrial reflete no contexto organizacional. Para Meyer e Rowan (1977), o mito de seus ambientes institucionais ao invés de suas demandas de trabalho em virtude da necessidade de legitimação diante do ambiente em que estão inseridas. No tocante a capacidade simbólica, nisso implica que, a avaliação social das organizações e de

sua sobrevivência pode residir na observação das estruturas formais que podem não funcionar e não na observação da eficiência da organização.

Paradoxalmente Tolbert e Zucker (2010) afirmam que a estrutura institucionalizada é a que é considerada, pelos membros de um grupo social, como eficaz e necessária, servindo como importante força causal de padrões de comportamento.

De forma simples e categórica, Berger e Luckmann (1967) afirmam que dizer que se um segmento da vida humana foi institucionalizado, equivale dizer que foi submetido ao controle social.

A Teoria Institucional apresenta-se sob três enfoques, o da Nova Sociologia Institucional, o da Velha Economia Institucional e o da Nova Economia Institucional. Este último enfoque, no qual se baseia este trabalho.

Na Nova Sociologia Institucional, seus principais proponentes têm uma visão da realidade socialmente construída e concentram seus esforços na análise das organizações inseridas num setor, campo ou sociedade como ressalta Ventura (2004).

Na nova abordagem institucional o ambiente não vem a ser o pano de fundo da organização e sim passa a ser a matriz de onde derivam as organizações como entende Bonazzi (2000).

As organizações refletem os mitos dos contextos institucionais em que estão inseridas, no entendimento de Meyer e Rowan (1983) que definem três processos que originam os mitos sociais racionalizadores: a elaboração de redes relacionais complexas, o grau de organização coletiva do ambiente e o esforço dos líderes das organizações locais. A consequência desse isomorfismo com as organizações do ambiente vem a ser a incorporação de elementos legitimados externamente, sem levar em conta a eficiência organizacional; utilizam critérios de avaliação externos ou cerimoniais para definir o valor de elementos estruturais e mantém a estabilidade na dependência de instituições externamente fixas.

A Nova Economia Institucional retoma preocupações relacionadas ao comportamento dos atores individuais considerando fatores como a racionalidade limitada, o oportunismo, custos de transação, relações contratuais, estruturas de governança e direitos de propriedade, como ressalta Freitas (2005).

A Velha Economia Institucional, segundo Reis (2008), realiza estudos sobre as relações entre indivíduos no interior das organizações, tendo por objetivo

analisar os comportamentos que produzem uma nova realidade social, que após um processo de mudança possa ser institucionalizada.

Para Reis (2008), são características desta vertente da teoria institucional a visão de que institucionalismo não é definido em termos de quaisquer propostas políticas, mas sim faz uso de ideias e dados de outros campos do conhecimento. Considerando-se as instituições como elementos-chave de qualquer economia, na visão da velha economia institucional o ambiente econômico é um sistema aberto, englobando aspectos sociais, culturais políticos e de relações de poder. A noção clássica de agentes individuais como maximizadores da riqueza é considerada inadequada. Outra característica vem a ser o foco no comportamento de grupos sociais.

Observa-se que uma das principais diferenças de abordagem nesses enfoques consiste na unidade de análise, que vai do aspecto social (grupo ou indivíduo) ao organizacional, com variações também do foco da institucionalização, que sai do aspecto puramente comportamental, buscando a eficiência e a legitimidade externa.

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos enfoques da Teoria Institucional.

Quadro 1 – Enfoques da Teoria Institucional

| | Velha Economia Institucional | Nova Economia Institucional | Nova Sociologia Institucional |
|----------------------------------|---|------------------------------------|---|
| Unidade de análise | Grupo (ou subgrupo) social | Transação | Organização |
| Suposições dos indivíduos | O indivíduo constrói realidades sociais | Racionalidade limitada | Determinismo institucional |
| Visão do processo? | Sim | Não | Não |
| Direção das mudanças | Regularidade comportamental | Estrutura de governança | Práticas formas institucionalizadas: orçamento, custeio ABC |
| Foco institucional | Regularidade comportamental | Eficiência | Legitimidade externa |

Fonte: Adaptado de Reis (2008)

2.2 Campo organizacional

Campo organizacional é compreendido como unidade fundamental na organização dos níveis organizacional e societário o que para DiMaggio (1986), viabiliza a complexa inter-relação entre os ambientes de recursos materiais, competitivos e institucional.

Seis perspectivas teóricas sobre campo organizacional podem ser enumeradas mesmo considerando que as mesmas em geral apresentam diferenças sutis. São elas: campo como totalidade dos atores relevantes; campo como arena funcionalmente específica; campo como centro de diálogo e de discussão; campo como arena de poder e de conflito; campo como esfera institucional de interesses em disputa e o campo como rede estruturada de relacionamentos. (MACHADO-DASILVA E GONÇALVES, 2010)

O campo como a totalidade dos atores relevantes é como foi apresentado por DiMaggio e Powell (1983). Os mesmos definem campo como o conjunto daquelas instituições que constitui uma área da vida institucional: consumidores de produtos e recursos, fornecedores, agências reguladoras e demais organizações que produzem serviços ou produtos similares. Um campo estruturado, na perspectiva de DiMaggio e Powell (1983), corresponde a um complexo de organizações, respondendo a um ambiente de respostas organizacionais, em que elas representam estruturalmente suas relações delimitando as ações formuladas em seus relacionamentos.

Está presente neste conceito de DiMaggio e Powel (1983), um componente relacional entre os atores sociais e a presença de estruturas institucionais comuns. Esse processo se caracteriza pelo isomorfismo estrutural, decorrente da interação entre organizações e do volume de informações com as quais elas lidam.

Além de serem tratados como construtos agregativos os campos organizacionais também devem ser compreendidos como construtos significativos para os autores envolvidos (DIMAGGIO, 1991).

A demarcação arbitrária de fronteiras do campo, em análise de organizações de uma mesma função foi resgatada por autores como Meyer e Scott (1992) que apresentam o campo como Arena Funcionalmente Específica. Esta orientação torna a pesquisa mais factível, mas corre-se o risco de atribuir a qualquer

campo pesquisado o status de campo organizacional tendo em vista que compreende a sua totalidade.

O conceito de setor societário é sugerido por Meyer e Scott (1992), mais tarde reformulado por Scott (2004) para campo organizacional funcional. Mesmo não representando a totalidade do campo essa perspectiva mantém uma coerência conceitual com a proposta de DiMaggio e Powel (1983). Apresentando vantagens para a realização da análise, pois delimita o ambiente da organização onde a estrutura ou desempenho será avaliado sob a ótica organizacional.

O campo como centro de diálogo e de discussão, é uma concepção que associa à noção de temática ou assunto podendo até compreender também a noção de evento. Hoffman (1999), afirma que um campo deveria ser pensado como centro de canais comuns de diálogo e discussão, reunindo vários componentes do campo com propósitos dispares. O leva o campo a ser resultado da negociação por interpretações a cerca dos elementos que constituem o tema central em questão o que vem a ser uma estrutura institucional.

Esta terceira abordagem também não compromete a abordagem original de DiMaggio e Powel (1983), mas para Hoffman (1999), a ênfase em temáticas possibilita uma abordagem mais complexa do que a de redes para explicar a formação e o desenvolvimento de um campo.

A análise da dinâmica e da mudança ao longo de tempo em um campo organizacional é permitida quando este é concebido com base em temáticas. No que afirmam Zietsma e Winn (2005).

Logo após esta análise, a quarta abordagem apresenta o campo organizacional como Arena de Poder e de Conflito, esta que vem a ser a quarta abordagem baseia-se em Bourdieu e na sua ideia de que a categoria central para a compreensão das relações entre os agentes nos campos sociais é o poder e a sua reprodução. Para Everett (2002), quando se pensa em termos de campo deve-se focar em poder, dominação e classe.

O campo vem a ser o resultado da disputa de organizações pelo seu domínio. Esta dinâmica vem a ser pautada pela alocação dos recursos, de poder dos atores e de sua posição em comparação a outros atores. Conforme leitura de Vieira e Carvalho (2003).

Nesta perspectiva, quando os arranjos de poder do campo se modificam, geram novas instituições, instalando-se assim, a mudança. Misoczky (2003) aponta

como condição essencial para a compreensão dos campos organizacionais a análise das posições dos agentes em campos construídos por disputas entre detentores de recursos de poder, entendendo agora os campos como espaços de forças e de lutas.

O campo como esfera institucional de interesses em disputa, é uma categoria distinta, tendo em vista que chamam a atenção para aspectos mais ativos dos atores, suas capacidades e ações criativas associadas às suas atuações sobre a ordem institucional em busca de seus interesses.

Fligstein (2001) sugere o conceito de habilidades sociais chamando atenção para a ação estratégica em campos organizacionais. Estas habilidades sociais compreendem a habilidade de promover cooperação entre atores, criando, contestando e reproduzindo regras de interação em favor de seus interesses. Jepperson (1991) propõe que a ação está relacionada ao desvio do padrão institucional e não a participação em sua reprodução. Portanto, o processo de institucionalização não se opõe aos interesses dos atores. Seo e Creed (2002) observam a respeito da mudança institucional que este vem a ser um processo apoiado na capacidade de determinados atores de mobilizar diferentes recursos e lógicas para atender aos seus interesses.

A sexta categorização para campo é a que o apresenta como uma rede estruturada de relacionamentos. Dimaggio e Powell (2007), afirmam que a relação entre a dinâmica de redes e o desenvolvimento da estrutura dos campos, deverá ser realizada, contribuindo para a explicação de como o comportamento de organizações de um tipo influenciam as ações de organizações de outro tipo.

Machado-da-Silva *et al.* (2010), afirmam que a noção de campo como rede de relacionamentos permite resgatar o papel dos atores e sua capacidade de agência no processo de estruturação.

O Quadro 2 sintetiza as perspectivas teóricas sobre campos organizacionais.

Quadro 2 – Perspectivas teóricas sobre campos organizacionais

| Perspectiva Teórica | Autores | Elementos - Chaves | Descrição |
|--|---------------------------------|-------------------------------|---|
| Campo como totalidade dos atores relevantes | DiMaggio; Powell. | Significação e Relacionamento | Conjuntos de organizações que compartilham sistemas de significados comuns e que interagem mais frequentemente entre si do que com atores de fora do campo, constituindo assim uma área reconhecida da vida institucional. |
| Campo como arena funcionalmente específica | Scott; Meyer. | Função Social | Conjunto de organizações similares e diferentes, porém interdependentes, operando numa arena funcionalmente específica, compreendida técnica e institucionalmente, em associação com seus parceiros de troca, fontes de financiamento e reguladores. |
| Campo como centro de diálogo e de discussão | Hoffman; Zietsma; Winn. | Debate por Interesse Temático | Conjunto de organizações, muitas vezes com propósito díspares, que se reconhecem como participantes de um mesmo debate acerca de temáticas específicas, além daquelas preocupações com reprodução de práticas ou de arranjos institucionais relacionados à questão. |
| Campo como arena de poder e de conflito | Vieira; Carvalho; Misoczky. | Dominação e Poder de Posição | Campo como resultado da disputa por sua dominação, numa dinâmica pautada pela (re)alocação de recursos de poder dos atores e pela sua posição relativa a outros atores. |
| Campo como esfera institucional de interesses em disputa | Fligstein; Swedberg; Jepperson. | Poder e Estruturas Cognitivas | Construções produzidas por organizações detentoras de poder, que influenciam as regras de interação e de dependência do campo em função de seus interesses, que, por sua vez, são reflexos da posição delas na estrutura social. |
| Campo como rede estruturada de relacionamentos | Powell; White; Owen-Smith. | Articulação Estrutural | Conjunto formado por redes de relacionamentos usualmente integradas e entrelaçadas, que emergem como ambientes estruturados e estruturantes para organizações e indivíduos, revelados a partir de estudos topológicos e de coesão estrutural. |

Fonte: Machado-da Silva *et al.* (2010 p.113)

2.2.1 O campo da saúde pública

A saúde no Brasil é estruturada através de uma complexa rede de organizações e instrumentos que atendem a população. Essa rede é compreendida em três níveis de assistência, sendo eles o nível de assistência primária, assistência secundária e assistência terciária. O campo da saúde pública abrange indiscriminadamente os três níveis, cabendo a ressalva da existência do campo da saúde suplementar que compreende a atuação dos planos particulares de saúde.

A lei 141/2012 regulamenta o parágrafo terceiro do artigo 198 da Constituição Federal que dispõe sobre os valores mínimos que devem ser aplicados anualmente pela União estados e municípios como apresentado em Brasil (2013, p. 20):

Os percentuais das receitas fiscais que devem ser aplicados com exclusividade na saúde devem ser: municípios, 15% de suas receitas; estados, 12% de suas receitas; e a União, o valor do ano anterior acrescido da variação do PIB. A lei define, ainda, o que deve ser considerado ações em saúde para o cumprimento desses percentuais. Todos os recursos da saúde deverão ser movimentados por meio de fundos de saúde. Os recursos transferidos por outro ente deverão contar com fundo, plano e conselho de saúde em funcionamento. O controle sobre o uso dos recursos será dos conselhos de saúde e dos tribunais de contas, com exceção do controle específico do SUS, o Sistema Nacional de Auditoria.

A assistência primária compreende um conjunto de serviços e ações que visam principalmente à prevenção de doenças e promoção da saúde, essas ações são realizadas principalmente pelas redes articuladas de equipes da estratégia de saúde da família, vigilância sanitária e epidemiológica somando-se também os investimentos em infraestrutura como, por exemplo, o saneamento básico, coleta de lixo e tratamento de água e esgoto.

A atenção secundária compreende os serviços básicos que precisam ser prestados em ambiente hospitalar, porém de baixa complexidade. Já a atenção terciária corresponde aos serviços hospitalares de alta complexidade e também aos serviços especializados.

Pode-se, portanto compreender o campo da saúde pública como apresentado por Dimaggio e Pawell (1991) como uma rede estruturada de relacionamentos onde seu entrelaçamento emerge como ambiente estruturado e estruturante para organizações e indivíduos.

2.3 O isomorfismo

O isomorfismo é o processo que consiste em unidades de uma parte da população serem levadas a se assemelharem a outras unidades que estão sob o mesmo conjunto de condições ambientais. DiMaggio e Powell (1991) destacam ainda que o conceito está relacionado com a busca da estabilidade e legitimidade, como também o poder proveniente de padrões comuns dificilmente articulados de forma explícita, mas que levam à tendência de tornarem as organizações homogêneas.

A homogeneização advém da estruturação de campos organizacionais. Estes se caracterizam pela diversidade de formas e abordagens. Quando o campo organizacional se estabelece passa a existir uma tendência à homogeneização. Tendência esta divergente da diversidade de formas e abordagens características do momento de surgimento do campo organizacional. Este é o entendimento de Giddens (1979) que completa afirmando que o processo de homogeneização da população de um campo organizacional consiste na alteração das características organizacionais de maneira a se assemelharem de forma crescente com o ambiente.

As forças isomórficas irão agir especialmente nos ambientes compreendidos pelos respectivos campos. Meyer e Rowan (1977) apresentam duas explicações para o isomorfismo estando relacionadas ao ambiente técnico ou institucional. Na primeira, as organizações formais dependem de outras do mesmo ambiente para a realização de trocas. Na segunda, as organizações formais refletem a realidade socialmente construída.

Meyer (1977) e DiMaggio e Powell (1983) extraem deste conceito respectivamente o isomorfismo competitivo e isomorfismo institucional. O primeiro supõe uma racionalidade sistêmica enfatizando-se a competição no mercado, mudanças de nichos e medidas de adequação. Os autores ainda ressaltam que esta perspectiva de isomorfismo é compatível com os campos organizacionais em que a competição é livre e aberta. Sendo também adequada para justificar o processo de burocratização a ser aplicável à adoção antecipada de inovações.

O isomorfismo institucional em contraposição ao isomorfismo competitivo considera que as organizações não competem apenas por recursos e clientes, mas por poder político, adequação social, econômica e legitimação retomando a compreensão da existência do mito e cerimônia presentes na vida organizacional.

DiMaggio e Powell (1983) sintetizam no isomorfismo institucional significativa contribuição para a teoria institucional.

O isomorfismo institucional é apresentado sob três formas de acordo com DiMaggio e Powell (1983). Sendo elas, isomorfismo coercitivo, mimético ou normativo. No isomorfismo coercitivo a instituição e todos que a compõe são forçados ou coagidos a adotarem as práticas que se busca institucionalizar. No isomorfismo mimético a adoção das novas práticas se dá por meio da inspiração em modelos bem sucedidos enquanto que no isomorfismo normativo a adoção da inovação se dá através da oficialização de normas que por sua vez também precisam serem institucionalizadas.

Na compreensão de que as organizações implementam estruturas e processos encontrados em outras organizações de um mesmo campo organizacional tornando-se desta forma isomórficas nos ambientes em que estão inseridas, reside a justificativa para a afirmação de Tolbert e Zucker (1999) de que as organizações alcançam o sucesso e a legitimação não apenas através da eficiência na coordenação e controle de suas atividades.

Curiosamente DiMaggio e Powell (2007) irão defender que é exatamente o isomorfismo que levará as organizações a serem recompensadas no tocante à eficácia, por serem semelhantes as outras organizações.

2.4 O processo de institucionalização

A criação de uma estrutura formal, o surgimento de normas informais, procedimentos impessoais, bem como de rituais, ideologias e normas administrativas visando a legitimidade, estão inclusos no processo de institucionalização. No entendimento de Alpay *et al.* (2008), a busca pela legitimidade é uma fonte impulsionadora para a adoção de práticas institucionalizadoras.

Para Ocaña (2006) conforme um campo vai se estruturando, as interações entre as organizações que dele fazem parte, tendem a aumentar. Desta forma as estruturas das organizações dentro do campo se tornam mais homogêneas.

O processo de institucionalização inicia-se através da submissão dos indivíduos aos hábitos, fornecendo um padrão pré-determinado de ações,

conservando um nível de significado para o indivíduo reduzindo o risco na execução de uma atividade. (QUINELLO, 2007)

Berger e Luckman (2005) ressaltam que o processo de institucionalização é historicamente desencadeado e é sustentado através da legitimidade de seus elementos constituintes. As ações dos atores são refletidas no decorrer do processo, objetivando o aumento ou manutenção do seu poder de fogo em um ambiente com regras bem definidas para seus participantes. Os autores propõem um modelo de institucionalização de atores individuais que serviu de base para análises posteriores que buscam o entendimento do processo dentro das organizações.

Através de tipificações recíprocas entre dois indivíduos é como se dá o processo de institucionalização de Berger e Luckman (2005), compreendendo três etapas. A primeira etapa é de exteriorização, quando da entrada de novos indivíduos no processo de tipificação. Na segunda etapa acontece a objetificação quando os produtos exteriorizados da atividade humana adquirem o caráter de objetividade ocorrendo o aperfeiçoamento e solidificação das instituições. Na terceira e última etapa ocorre a interiorização, que compreende a transmissão da realidade social para as novas gerações, legitimando sua existência.

Outro ganho propiciado pelo processo de institucionalização pontuado por Meyer e Rowan (2001) é de que os processos sociais, as obrigações bem como as realidades, alcancem um status de regra no pensamento e nas ações sociais.

2.4.1 O modelo de institucionalização de Tolbert e Zucker

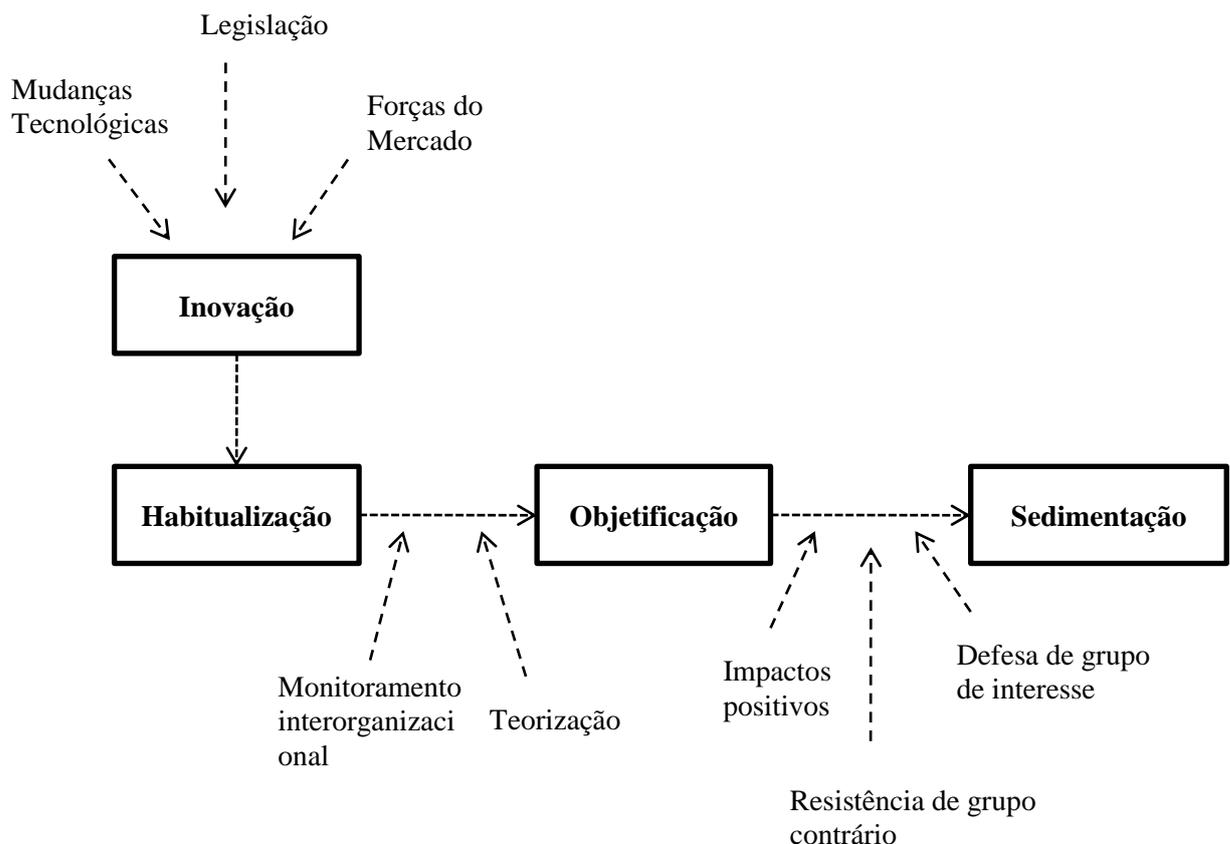
No tocante a análise do processo de institucionalização focado não apenas nos atores individuais mas nos atores organizacionais, Tolbert e Zucker (2010) afirmam que estes distinguem-se por determinado número de propriedades, tais como autoridade hierárquica, período de vida, reponsabilidade legais, entre outros que irão afetar o modo pelo qual os processos institucionais se desencadeiam tanto entre as instituições como dentro delas.

Considerando apenas os fluxos organizacionais entre organizações formais Tolbert e Zucker (2010) apresentam uma análise do processo de institucionalização e as forças causais que são críticas em diferentes etapas do processo, conforme apresentadas na Figura 1.

O processo de habitualização conforme apresentado por Tolbert e Zucker (2010) envolve a geração de novos arranjos estruturais em resposta aos problemas organizacionais específicos. Outro ponto compreendido nessa etapa é a formalização dos arranjos em políticas e procedimentos de uma dada organização ou conjunto de organizações com problemas iguais ou semelhantes. As estruturas resultantes desse processo podem ser classificadas como um estágio de pré-institucionalização.

Os fatores que conduzem a organização à inovação e conseqüentemente a habitualização, são destacados por Aguiar *et al.* (2005). Sendo eles: mudanças tecnológicas, reorientação técnica ou tecnológica; legislação, novos arranjos jurídicos provocando maior ou menor receptividade por parte das organizações; forças do mercado oriundas de fatores econômicos.

Figura 1 – Processos inerentes à institucionalização



Ainda sobre o estágio de pré-institucionalização, Tolbert e Zucker (2010, p. 204) destacam que:

Muitas organizações podem adotar uma dada estrutura, mas essas serão provavelmente em pequeno número, limitado a um conjunto circunscrito de organizações similares, possivelmente organizações interconectadas, que enfrentam circunstâncias similares, e que variam consideravelmente em termos de forma de implantação.

A objetificação representa para as autoras um movimento em direção a um status mais permanente. Tolbert e Zucker (2010) afirmam que nesse movimento também está incluso a difusão da estrutura. A objetificação envolve um consenso social entre os decisores da organização a respeito do valor da estrutura e crescente adoção pelas organizações com base no mesmo consenso.

O monitoramento interorganizacional e a teorização são as duas forças causais conforme apresentado na Figura 1 que desencadeiam a objetificação. Para Aguiar *et al.* (2005) é no monitoramento interorganizacional que a organização avalia os riscos de novas estruturas, considerando sua competitividade ao monitorar outros competidores e na teorização um arranjo estrutural é justificado a partir de um problema genérico, como solução para esse problema com bases sólidas e empíricas.

Portanto, estruturas que se objetificaram e foram amplamente disseminadas podem ser descritas como estando no estágio de semi-institucionalização. Tolbert e Zucker (1983) afirmam que nesse estágio os adotantes são tipicamente bem heterogêneos, portanto algumas características organizacionais anteriormente identificadas com a adoção terão poder preditivo relativamente limitado.

Os impactos positivos, a resistência de grupo e defesa de grupo de interesse são os fatores críticos apontados por Tolbert e Zucker, conforme a Figura 1 que antecedem a etapa de sedimentação.

A total institucionalização envolve sedimentação. Tolbert e Zucker (2010, p. 207) entendem sedimentação como:

Um processo que fundamentalmente se apoia na continuidade histórica da estrutura e, especialmente, em sua sobrevivência pelas várias gerações de membros da organização. A sedimentação caracteriza-se tanto pela propagação, virtualmente completa, de suas estruturas por todo o grupo de atores teorizados como adotantes adequados, como pela perpetuação de estruturas por um período consideravelmente longo de tempo.

Portanto, uma total institucionalização dependerá dos efeitos de uma relativa baixa resistência de grupos de oposição conjuntamente com promoção cultural e apoio continuado por grupos de defensores, ainda de acordo com Tolbert e Zucker (2010). Para quem a resistência também limitará a disseminação da estrutura entre as organizações identificadas. A perpetuação da estrutura no tempo será assegurada através da promoção continuada e apresentação de benefícios demonstráveis.

Percebe-se a partir do referencial apresentado nessa seção que o modelo de Tolbert e Zucker (2010), através do entendimento de suas etapas e suas fases críticas apresenta-se como um bom parâmetro didático para o direcionamento e enquadramento das observações que serão coletadas no campo estudado por essa pesquisa, tendo a vertente sociológica da teoria institucional como a mais apropriada para entender o processo de institucionalização como indica Ventura (2005).

Na próxima seção visando a complementação o entendimento teórico que embasa esta pesquisa será apresentado um referencial a respeito de Controle Social.

3 CONTROLE SOCIAL

Controle Social vem a ser a expressão que corresponde às práticas de vigilância e controle do estado por parte da sociedade, como apresenta Carvalho (1995). Muitos outros autores contemporâneos apresentam entendimentos complementares. Como se pode observar, na visão de Barros (1998), o controle social da ação do estado deve ser visto de uma perspectiva democrática que leva a construção da cidadania. Raichelis (1998) considera controle social um dos elementos constitutivos da estratégia política da esfera pública.

Barros (1998) afirma que ao longo de décadas os governos submeteram os objetivos de sua ação aos interesses particulares de alguns grupos dominantes, sem qualquer compromisso com o interesse da coletividade. Portanto considerando esta perspectiva, pode-se visualizar no controle social das ações estatais uma forma de democratização dos processos decisórios com vistas à cidadania.

O acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, viabilizando a participação da sociedade civil organizada na formulação das regras que conduzem as negociações, bem como a arbitragem sobre os interesses em jogo e fiscalizações das decisões de acordo com os critérios pactuados, é parte construtiva do entendimento de controle social, na visão de Raichelis (2000).

Defende desta forma a possibilidade de construção da esfera pública no âmbito das políticas sociais, envolvendo a participação ativa da sociedade civil na sua definição, implementação e controle. Para a autora, os conselhos de gestão setorial são mecanismos que dinamizam a participação social trazendo o debate sobre as relações entre democratização e representação dos interesses populares na esfera das decisões políticas.

Limitando-se ao aspecto legal Bravo e Matos (2002) apresenta o sentido do controle social inscrito na Constituição Federal de 1988 que é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.

3.1 Controle social na saúde

O Controle Social na Saúde é uma expressão que não pode ser compreendida de forma genérica. Cohn (2000) afirma que o termo vem sendo

utilizado para designar a participação da sociedade na legislação do Sistema Único de Saúde – SUS.

A Constituição Federal de 1988 apresenta como diretriz para o novo Sistema Nacional de Saúde a descentralização e a participação da comunidade. Essa participação foi regulamentada pela lei número 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que traz em seu:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I- A Conferência de Saúde; e

II- O Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. (BRASIL, 2006a, p. 29).

O Controle Social foi a forma como a participação social na saúde foi concebida. Na forma de os setores da sociedade civil participarem até em suas formulações através de planos, programas e projetos, acompanhando suas execuções e definindo a locação de recursos para atender os interesses da coletividade.

Correia (2005), ainda acrescenta que a institucionalização da Lei 8142/90, se deu através das Conferências que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para as políticas de saúde nas esferas de governo federal, estaduais e municipais e através dos conselhos, instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo que possuem composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários que congregam setores organizados na sociedade civil bem como os demais segmentos, sendo eles, gestores públicos e privados e trabalhadores da saúde que objetivam tal controle.

Os conselhos de saúde são antes de tudo uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais como discorre Correia (2005) reconhecendo também que muitos são criados apenas para cumprir o requisito legal transformando-se em mecanismos de legitimação das

gestões. Sendo desde sua composição, manipulados, tendo a ingerência política dos gestores culminando em terem sua atuação reduzida à aprovação de documentos necessários para o repasse dos recursos.

A configuração dos conselhos de forma plural e capilar apresentava-se como o melhor modelo para a organização da estrutura de gestão da saúde. No entendimento de Batagello, Benevides e Portillo (2011) essa configuração garante ao mesmo tempo que usuários do sistema público tenham representatividade política no processo de tomada de decisão, estabelecendo uma estrutura com capacidade de introduzir as necessidades da população local e orientar as ações de saúde de acordo com as diferentes realidades.

A visão do controle social exercendo função de regulador dos conflitos ideológicos na gestão da saúde pública bem como tendo a função de contrabalançar o uso que as forças políticas fazem do aparato estatal é apresentada pelo SUS e seus documentos.

O controle social, assim, além de publicizar, democratizar e criticar a atuação do Estado com os interesses dominantes, é, paradoxalmente, uma instituição em movimento, que promove a presença dos movimentos sociais na agenda governamental. O controle social possibilita que se olhe o processo histórico da correlação de forças e a saúde como questão disputada nas lutas sociais, da qual querem se apropriar os gestores, os burocratas, o capital financeiro, os planos de saúde, o capital de investimentos nos serviços de saúde. (BRASIL, 2006a, p. 21).

O entendimento do controle social como possibilidade de ampliação da cidadania principalmente nos aspectos relacionados à formação da democracia foi para Silva (2008) o que passou a caracterizar o trabalho dos conselhos de saúde tendo como consequência o despertar do interesse pela discussão da atuação e das decisões oriundas desses conselhos, identificados como espaços legítimos para o controle social.

O fato de os conselhos de saúde estabelecerem uma nova configuração da relação do estado com a sociedade civil configura uma verdadeira inovação, na afirmação de Escorel (2008). A existência do controle social trouxe inúmeros avanços com a finalidade de garantir na participação social um aprendizado cívico que estabelece condições mínimas para a negociação e a busca de um consenso democrático sobre os rumos da política de saúde do país.

Visto este breve entendimento do Controle Social segue-se na seção seguinte a apresentação das considerações metodológicas que norteiam este estudo.

4 METODOLOGIA

Nesta seção é apresentada a maneira como este trabalho foi desenvolvido, ela está dividida em quatro subseções. Na primeira apresenta-se a tipologia da pesquisa; na segunda lê-se a apresentação da população, amostra e dos sujeitos da pesquisa, em seguida apresenta-se como ocorrerá a coleta de dados, bem como a apresentação das ferramentas que foram utilizadas, tendo na quarta e última subseção a apresentação de como foi feito o tratamento e análise dos dados.

4.1 Tipologia da pesquisa

Quanto à natureza dos dados, esta pesquisa foi desenvolvida mediante abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa objetiva situações complexas tais como o entendimento de processos dinâmicos vividos por grupos sociais bem como a necessidade de conhecimento e compreensão das particularidades comportamentais dos indivíduos, na definição de Richardson (2012).

O estudo é exploratório tendo em vista que o caso específico dos municípios pesquisados ainda não foi objeto de análises anteriores, enquadrando-se na afirmação de Collis e Hussey (2005), de que este caráter se aplica quando há pouco ou nenhum estudo no qual possa buscar fundamentos, cujo objetivo é formar padrões ou ideias.

No estudo descritivo existe o interesse em descrever, classificar e interpretar através da descoberta e observação de fenômenos, conforme Rudio (1997). Neste caso o processo de institucionalização do Controle Social nos municípios da região de Canindé em relação à saúde.

No tocante aos procedimentos e meios, esta pesquisa configura-se como documental e de campo dentro dos critérios de Vergara (2009) e Gil (2002). Documental em virtude da análise de documentos pertinentes à pesquisa, em especial atas e relatórios oriundos das conferências municipais de saúde bem como das reuniões dos conselhos municipais de saúde dos municípios pesquisados. É também uma pesquisa de campo em virtude do levantamento e coleta de dados primários oriundos das entrevistas que foram realizadas e do questionário respondido pela amostra selecionada.

4.2 Sujeitos da pesquisa

Os conselhos municipais de saúde dos 184 municípios do estado do Ceará formam a população referente a esse estudo.

A pesquisa foi realizada com três membros de cada um dos conselhos municipais de saúde além dos secretários municipais de saúde dos seis municípios que formam a região de saúde de Canindé. Cada um dos conselhos municipais de saúde são compostos por oito membros, tendo assento, os usuários com 50% de participação no conselho, os profissionais de saúde com 25% e representantes das gestões também com 25% de participação no conselho, estes configuram os sujeitos da pesquisa.

Devido a natureza qualitativa da pesquisa foi utilizada uma amostra não-probabilística por julgamento, de acordo com Rudio (1987) ela não tem a intenção de generalizar os resultados para uma determinada população. Na amostra por julgamento aos elementos são escolhidos porque o pesquisador acredita que eles representam a população-alvo, mas não são necessariamente representativos, conforme Hair Jr *et al.* (2005).

Portanto, têm-se como amostra os 06 secretários municipais de saúde, os 06 presidentes de conselho, pelo menos 01 representante de usuários e 01 representante de profissionais de saúde de cada um dos cinco municípios, totalizando dezoito sujeitos.

Serão também considerados outros fatores como destaca Trivinos (2007), como a acessibilidade dos sujeitos para os objetivos do estudo e acesso aos entrevistados e respondentes do questionário.

4.3 Coleta de dados

A pesquisa documental acontece mediante análise dos anais das conferências municipais de saúde e atas e documentos dos conselhos municipais de saúde dos municípios pesquisados, dentre outros documentos, tais como, portarias do poder executivo que ratificam as decisões dos conselhos municipais de saúde. Esta etapa atende ao primeiro objetivo específico deste trabalho que busca identificar características isomórficas na formação dos conselhos e práticas de controle social da saúde.

A coleta de dados primários foi realizada com a realização das entrevistas. Um roteiro de entrevista semiestruturado inspirado em estudos acadêmicos anteriores que tratavam da investigação do processo de institucionalização no modelo de Tolbert e Zucker com a devida adaptação ao universo analisado neste estudo.

O uso de entrevistas semiestruturadas é apropriado segundo Collis e Hussey (2005) quando, entre outras razões, é necessário entender o constructo que o entrevistado usa como base para suas opiniões, quando tem-se o objetivo de entender a forma de pensar do respondente, para a compreensão de um processo histórico o que se adequa aos objetivos desse estudo.

Ainda a respeito da entrevista semiestruturada, é importante considerar que sua aplicação para estudos de natureza qualitativa é adequado por ser um dos principais meios de o pesquisador realizar a coleta de dados a partir de questionamentos básicos fundamentados em teorias e hipóteses que são relevantes a pesquisa com amplo campo de questionamentos que vão surgindo a medida que vão aparecendo as respostas, como considera Trivinos (2007).

O apêndice A apresenta o roteiro das entrevistas, consta de oito pergunta divididas para atender os segundo e terceiro objetivos específicos deste trabalho, quatro referindo-se às forças, atores e grupos de interesse e quatro referentes ao processo de institucionalização.

4.4 Tratamento e análise dos dados

As entrevistas foram analisadas por meio da análise de conteúdo, que vem a ser um conjunto de técnicas que busca identificar relações entre fenômenos, interpretando a partir de modelos conceituais definidos anteriormente.

Conforme Roesch (2006) o autor apresenta ser necessário o cumprimento de alguns passos, sendo eles: definição das unidades de análise; definição das categorias da codificação do texto e estratificação das respostas; apresentação dos dados de forma criativa e interpretação à luz das teorias conhecidas.

Nesse estudo as questões apresentadas no apêndice A correspondem a três categorias temáticas, a primeira referindo-se a adoção de novas estrutura, tecnologias e inovação correspondentes ao estágio de habitualização, a segunda referindo-se ao monitoramento interorganizacional, às lideranças e teorização e a

terceira referindo-se aos impactos positivos, resistência de grupos contrários e defesa de grupo de interesse. Conforme se pode observar no Quadro 3.

Quadro 3 – Objetivos e categorias temáticas

| Objetivos | Categoria temática |
|--|--|
| Analisar os fatores determinantes relativos ao primeiro estágio do processo de institucionalização do controle social na saúde pública no Ceará (habitualização) | <ul style="list-style-type: none"> • Inovação • Adoção de estruturas |
| Analisar os fatores determinantes relativos ao estágio intermediário de institucionalização do controle social da saúde pública no Ceará (objetificação) | <ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento interorganizacional • Líderes • Teorização |
| Analisar os fatores relativos ao estágio final de institucionalização do controle social na saúde pública no Ceará (sedimentação) | <ul style="list-style-type: none"> • Impactos positivos • Resistência de grupo contrário • Defesa de grupo de interesse |

Fonte: Adaptado de Freitas (2005)

Por questões éticas, o nome dos respondentes será substituído pelos códigos de E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, para preservação de suas identidades quando da apresentação dos dados coletados.

5 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

Nesta seção serão apresentados os resultados e análises decorrentes da pesquisa de campo realizada nos seis municípios que compõem a região de saúde de Canindé. Na primeira subseção são apresentadas considerações a respeito do perfil dos entrevistados e da realidade observada, na segunda seção apresentam-se as avaliações referentes aos estágios de Habituação, Objetificação e Sedimentação do Controle Social da Saúde dos municípios analisados.

5.1 Perfil dos entrevistados

Os dezoito entrevistados são todos membros titulares dos conselhos municipais de saúde de seus respectivos municípios, sendo três de cada município, selecionados por função que ocupam no conselho, seis presidentes, seis profissionais de saúde e seis representantes dos usuários.

A representação feminina se expressa como ampla maioria nos municípios estudados, no grupo dos presidentes cinco são do sexo feminino e um do sexo masculino, no grupo dos profissionais foram ouvidos dois homens e quatro mulheres e no grupo dos usuários todas as respondentes eram mulheres. Todos e presidentes e profissionais possuem nível superior e no grupo dos usuários a escolaridade era em geral apenas o ensino fundamental, tendo um representante com nível superior em pedagogia.

Um fato importante a ser ressaltado é que duas representantes do grupo de presidentes acumulam respectivamente os cargos de Presidente do Conselho Municipal da Saúde e Secretárias de Saúde, gerando o curioso fato de serem ordenadoras das despesas referentes à saúde do município, executora das políticas e ao mesmo tempo chefes do órgão que tem como uma de suas principais funções fiscalizar a atuação do executivo da saúde municipal.

No tocante aos membros representantes dos profissionais fica muito claro em seus discursos a preocupação em assegurar apoio às políticas desenvolvidas pela gestão que lhes emprega ficando a cargo dos representantes dos usuários a grande responsabilidade de questionar com maior autoridade à atuação do gestor local, no entanto, mesmo entre os respondentes desta categoria foi possível

observar uma empatia com a administração o que deixa claro a forte influência do poder governante na formação dos Conselhos Municipais de Saúde, no caso desta pesquisa esta realidade só se mostrou um pouco diferenciada no município de Canindé, com maior contingente populacional, mas que curiosamente, mesmo a presidenta não sendo secretária é subsecretária da saúde do município.

Outro fator importante a ser ressaltado a respeito do perfil dos Conselhos Municipais de Saúde é que a considerável participação dos Agentes Comunitários de Saúde, que foram apresentados hora como articuladores dos próprios conselhos, hora como representantes dos usuários, fato que retrata também um paradoxo, mas, é comum na formação de praticamente todos os conselhos.

A participação de ONGs, igrejas, e associações de moradores também foi ressaltada pelos respondentes, valendo grifar que foi possível perceber que as reuniões dos conselhos municipais são um fórum de discussão onde os representantes de localidades mais distantes das sedes dos municípios encontram oportunidade de apresentar suas realidades. Curiosamente foi possível observar que quanto mais engajado, o respondente do grupo dos usuários é em outras atividades organizadas, menos comprometida com a gestão parece ser sua atuação.

5.2 Análise dos fatores relativos aos estágios do processo de institucionalização do Controle Social da Saúde no Ceará

Como apresentado no referencial teórico, as etapas de habituação, objetificação e sedimentação, compreendem no modelo proposto pelas autoras Tolbert e Zucker as fases de institucionalização de um processo organizacional. No roteiro semiestruturado das entrevistas realizadas nos seis municípios pesquisados foram proferidos nove questionamentos embasados nas respectivas etapas e suas características, considerando que as entrevistas foram realizadas de forma presencial em cada um dos municípios, a presença do pesquisador, também permitiu uma melhor avaliação de aspectos relacionados às questões estruturais e até mesmo eventuais distorções de informações oferecidas pelos respondentes.

A partir de agora serão apresentadas de forma separada cada etapa a ser analisada.

5.2.1 Análise dos fatores relativos ao estágio de habitualização do Controle Social da Saúde

Dois questionamentos foram realizados com o objetivo de se verificar os fatores relevantes ao estágio de habitualização. Quando questionados sobre qual a estrutura utilizada pelo controle social da saúde do município, pode-se observar na sua maioria uma verdadeira ausência de estrutura, em apenas dois municípios pesquisados, Canindé e Madalena, o Conselho municipal da Saúde conta com sala disponível para uso exclusivo do conselho, nos outros municípios as reuniões acontecem em sala cedida, em geral, dentro da Secretaria Municipal de Saúde e a documentação do conselho e conferências ocupam pastas de arquivos nas próprias secretarias.

Alguns entrevistados não conseguiam identificar nenhuma estrutura, fato que gera uma distorção com reflexo também na fase que será avaliada a seguir de objetificação. Esse fato é evidenciado, por exemplo, nas respostas dos entrevistados E2, E8 e E14 que ou simplesmente disseram “*não*” ou até mesmo retrucaram com outra indagação “*como assim estrutura?... temos não*”.

Todos os respondentes das categorias de presidentes e de representantes dos profissionais alegaram existir como propriedade do controle social, aparelhos de televisão, computador, impressora e uma antena que dá acesso a um canal exclusivo direcionado ao controle social, fornecidos pelo ministério da saúde a todos os conselhos.

Alguns entrevistados como o E10 acrescentaram juízo de valor positivo a estrutura existente, afirmando ser “*muito boa*”. Com relação aos computadores que foram doados a mais de dois anos pode-se perceber que nos municípios que não disponibilizam sala específica do conselho este equipamento acaba sendo absorvido para o uso da secretaria da saúde acontecendo de ter respondente que não tinham sequer o conhecimento deste patrimônio do controle social e interpretando o uso do computador como um favor da administração municipal.

Ainda no tocante aos equipamentos disponibilizados pelo ministério da saúde aos conselhos municipais, em nenhum dos municípios existe o uso pleno dos equipamentos.

Com relação à estrutura organizacional a realidade de o Controle Social da Saúde ser uma imposição legal foge do que Tolbert e Zucker (2010) apresentam

como um processo em geral individual, no entanto a forma como os organogramas são estruturados vai ao encontro do que as autoras colocam como “invenção simultânea”, onde organizações levam em consideração soluções desenvolvidas por outras.

Dos seis municípios pesquisados cinco apresentam idêntica composição dos conselhos, excetuando-se Canindé, é importante ressaltar aqui que a legislação não determina um número máximo de conselheiros para a composição dos conselhos, no entanto os municípios optam por direcionar uma praxe de doze conselheiros, sendo seis representantes dos usuários e seis dos profissionais divididos entre representantes do governo e classistas. No município de Canindé, o número de conselheiros é mais que o dobro dos outros, totalizando um total de vinte e oito conselheiros, curiosamente a presidente apresentou essa característica como um ponto negativo, alegando ser o único município que a mesma conhece com esse número de conselheiros, citando como referência também outros conselhos existentes no município como o conselho de educação e conselho da assistência social, ficando clara aqui uma pressão isomórfica nas estruturas de controle social, observamos uma tendência à repetição dos modelos mesmo que aparentemente mais retrógrados.

Existe uma recomendação por parte do ministério da saúde de que o cargo de presidente do conselho não deve ser ocupado pelo secretário municipal da saúde. Esta recomendação é desobedecida por significativa parte dos municípios, pois em dois deles as secretárias acumulam o cargo de secretária e presidente e em um terceiro a presidente é subsecretária de saúde. Quando evidenciado o fato alguns entrevistados defendiam-se afirmando como no caso do E11 que “*mesmo eu ocupando o cargo no executivo, fui eleita presidenta pelo mérito de ter participado de várias gestões anteriores do conselho*”. Ressalva-se também o fato de que em nenhum dos municípios pesquisados o presidente era membro representante dos usuários sendo sempre um representante dos profissionais e na sua maioria do próprio governo.

No estágio de pré-institucionalização muitas organizações podem utilizar alguma estrutura, mas essas serão provavelmente em pequeno número, conforme afirmam Tolbert e Zucker (2010). Esse fator foi possível ser observado de forma muito clara, apenas o município de Canindé apresentava uma estrutura aparentemente ligada a uma rotina diária do conselho, pois somente este município,

conta com uma servidora pública cedida pela administração municipal para realizar a função de secretária executiva do conselho além de contar também com um auditório próprio do conselho, necessidade que se justifica pela adoção de um número significativamente maior de conselheiros sendo inviável a realização das reuniões em salas comuns.

Com relação ao questionamento de que se ao longo do tempo foram incorporadas inovações tecnológicas ao cotidiano do Controle Social da Saúde do município em geral os respondentes se limitaram a mencionar os equipamentos cedidos que nem mesmo foram ainda instalados, mas, vale ressaltar que de uma forma geral os respondentes não observam a adoção de novas tecnologias, apenas um respondente, E4, citou uma ferramenta chamada SARGSUS utilizada para facilitar a elaboração de relatórios e envio de informações para outras instâncias da administração pública.

5.2.2 Análise dos fatores relativos ao estágio de objetificação do Controle Social da Saúde

O estágio de objetificação representa, para Tolbert e Zucker (2010), o movimento em direção a um estágio mais permanente e disseminado da difusão da estrutura. A objetificação envolve certo grau de consenso a respeito do valor da estrutura.

Com o intuito de iniciar as entrevistas colhendo dos entrevistados o máximo da sua compreensão pessoal do valor, importância e função do controle social da saúde, iniciou-se a entrevista com uma indagação que correspondia à categoria relacionada com o estágio de objetificação, perguntando qual o papel do controle social da saúde no município.

O papel de fiscalizador foi mencionado por todos os respondentes da entrevista, o que fica bem claro que esta parece ser a função mais disseminada entre os membros dos conselhos municipais de saúde. No entanto, algumas sutilezas observadas nas respostas deixam claro que o entendimento de fiscalização não é compreendido de forma homogênea por todos os membros do conselho. Como evidenciado na resposta do entrevistado E10 "*Fiscalizar, trabalhar em conjunto com a gestão*".

A própria falta ou precariedade da estrutura como apresentado na seção anterior, só corrobora para a ausência de fiscalização real e imparcial. Em geral a apreciação das contas de gestão, por exemplo, se dá mediante explanação verbal acompanhada de slides feita pelo próprio gestor que em geral se não faz parte do próprio conselho, até mesmo ocupando a presidência.

Cabe aqui ressaltar que no tocante a aprovação das contas dos gestores, mesmo em ampla maioria os respondentes terem mais de um mandato como participantes do conselho, apenas um entrevistado mencionou a desaprovação de contas por parte do conselho municipal de saúde, o mesmo conselho foi o único a já ter acionado judicialmente o poder executivo local para ter acesso a informações das quais estavam sentindo-se cerceados. Nos outros casos os conselheiros afirmaram nunca terem desaprovado contas municipais, ou quando muito, foi citada a inclusão de emendas a orçamentos do poder executivo.

A tarefa de tornar as contas públicas da saúde, transparentes, ou seja, de publicizar as despesas públicas e qual o direcionamento futuro que será dado ao orçamento, também foi mencionado pelos participantes da pesquisa. Esta função é inerente ao controle, termo que estando presente na própria denominação da instituição, além de nomear, expressa uma tarefa a ser executada pelos que exercem a função.

Os presidentes e servidores que responderam a entrevista em sua totalidade acrescentaram ao papel do Controle Social do município a função de deliberar as ações da saúde do município, alguns utilizaram a expressão ser “*co-gestor do sistema*” conforme E1, enquanto que outros se utilizaram também da expressão “*trabalhar em conjunto com a gestão*” conforme E15 o que neste caso não fica muito claro se de uma forma colaborativa ou meramente subordinativa às diretrizes e ações do governo municipal.

Lamentavelmente foram registradas respostas do tipo “*acompanhar as reuniões*” E8, ou ainda “*assinar o livro*” E13, o que leva ao entendimento de um total desconhecimento teórico do Controle Social e dá indícios da existência em alguns municípios se não de conselhos, mas de conselheiros meramente figurativos, instruídos a simplesmente validarem as ações do gestor municipal da saúde.

Apesar de a teorização da instituição não parecer tão clara nas respostas dos participantes, é válido ressaltar que existe sim um conhecimento da importância e papel do controle em respondentes que em geral estão também a serviço do poder

público, mas, que ofereceram respostas amplas e categóricas do tipo “o controle social tem o papel de efetivar o SUS e garantir qualidade no atendimento à saúde”.

Quando indagados sobre quem são os participantes do controle social de seu município, ressaltando que o entrevistador esclarecia não se tratar do nome dos participante e sim a quais categorias os mesmos pertenciam, novamente os representantes dos servidores e governo respondiam, mesmo que em alguns casos com certa insegurança, teoricamente embasados na legislação, já entre os usuários a resposta se dava de forma empírica, o que não impedia a demonstração da compreensão de que o conselho é um conjunto de representantes da sociedade e suas instituições.

Atendendo ainda a categoria teórica que estabelece o monitoramento interorganizacional como característica da fase de habitualização perguntou-se aos entrevistados quais instituições nas suas percepções exercem maior influência no controle social do município. Curiosamente praticamente todos os presidentes e membros profissionais apontaram a categoria de usuários como instituição de maior influência.

Inicialmente considerou-se esta resposta inadequada tendo em vista que parecia estar se confundindo pessoas com instituições, no desenrolar das narrativas ficou claro que os representantes dos usuários quando participantes legítimos em geral são pessoas que possuem a prática da participação em organizações sociais, como, sindicato dos trabalhadores rurais e associações de moradores, estas últimas pareceram ser as principais instituições a influenciarem principalmente quando da escolha das prioridades orçamentárias.

Igrejas e outros órgãos da administração municipal, principalmente as secretarias da educação e ação social, também foram mencionadas como instituições que influenciam o Controle Social da saúde. E7 afirma: “*representantes da população, da saúde, educação e ação social*”. Aqui, cabe a observação de que tanto a educação quanto a ação social também contam com controle social municipal articulado aos moldes dos conselhos de saúde, uma marca isomórfica na maneira de gerir a coisa pública.

Os fóruns regionais articulados pela quinta regional de saúde também foram apontados como instituição influenciadora, pois é neles que fica mais facilitada a troca de experiência entre os conselheiros.

Na busca de identificar as lideranças presentes nos conselhos municipais de saúde, foi perguntado qual ou quais pessoas exercem maior influência no controle social. Unanimemente os presidentes apontaram os representantes classistas como maiores lideranças e os presidentes de associações. Nesta categoria é válido pontuar que os Agentes Comunitários de Saúde- ACS, também foram apontados como lideranças atuantes nos conselhos, conforme entrevistados E3, E6, E7, E11, E13, curiosamente os ACS, hora são apresentados como representantes dos funcionários, hora como representantes dos usuários, o que neste caso se configura um erro, mas, as suas atuações parecem ser significativas para todos os grupos representados, provavelmente pelo fato de seus trabalhos permitirem um contato direto com os usuários bem como pelo fato de os mesmos serem membros das mesmas comunidades que atuam, vivendo as mesmas realidades socioculturais, diferente, por exemplo, dos profissionais médicos e enfermeiros que mesmo trabalhando diretamente nas localidades como no caso da Estratégia de Saúde da Família, não são em geral moradores e pertencentes às comunidades em que trabalham.

5.2.3 Análise dos fatores referentes ao estágio de sedimentação do Controle Social da Saúde

O estágio de sedimentação correspondente à total institucionalização apresenta como característica no modelo de Tolbert e Zucker (2010) a apreciação dos impactos positivos, o surgimento de resistência por parte de grupos contrários e ao mesmo tempo a defesa realizada por grupos defensores do modelo institucionalizado.

Visando contemplar as categorias correspondentes a esse estágio os respondentes foram indagados se identificavam algum tipo de resistência ao trabalho do Controle Social de seus municípios.

A grande maioria dos entrevistados iniciava seu discurso com uma negação, no entanto, a medida que buscavam discorrer sobre o assunto, simplesmente para não se comprometerem com a gestão atual e, citavam resistências que aconteceram no passado. Em alguns casos como citado anteriormente o conselho de saúde precisou fazer uso de mandato judicial para ter acesso a informações, o que deixa clara a resistência do grupo fiscalizado ao

trabalho do grupo. Outra forma de identificar essa resistência fica evidenciada não só na resposta a pergunta explícita, mas na observação que o não fornecimento da estrutura necessária ou mesmo a procrastinação na implementação dos recursos que são enviados pelo ministério da saúde aos conselhos municipais é sim uma forma explícita de resistência. Tolbert e Zucker (2010) apontam que a existência de um conjunto de atores que são adversamente afetados configura o estágio de sedimentação.

Um tipo de resistência também apontado pelo grupo foi a falta de comprometimento dos próprios participantes do conselho, apresentando muitas vezes dificuldade para comparecer às reuniões. *"É difícil muitas vezes, agente conseguir juntar o pessoal pras reuniões, mesmo a gente tendo avisado desde o início do ano, certo que tem os que moram longe, mas é difícil"*. (E 17).

No tocante a indagação de se o conselho municipal de saúde direciona sua atuação buscando o favorecimento de algum grupo em geral as afirmativas também partiam de negativas, mas, três fatores foram apontados e deixam bem aparente o aparecimento da prática.

Um respondente usuário apontou que a simples falta de acompanhamento das contas que deveria ser feito pelo conselho, já configura um tipo de favorecimento.

Em outras afirmações a pressão para a aprovação das contas de gestão do executivo, foi também apontada e a posterior aprovação demonstra visível favorecimento.

O grupo dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS foi apontado como grupo favorecido. Como já citado anteriormente, este grupo exerce uma liderança dentro dos conselhos municipais e vê-se aqui que essa liderança é também utilizada na defesa de seus interesses, o que se configura de forma legítima tendo em vista que o conselho abrange também a defesa dos interesses das classes, e talvez neste caso, tem-se a forma mais clássica de identificação da categoria teórica apontada como identificadora do estágio de sedimentação.

A última indagação feita aos respondentes ainda para contemplar principalmente a verificação do estágio de sedimentação foi de quais fatores eram considerados positivos na atuação do controle social de seu município.

A participação ativa dos usuários nos debates do conselho e a própria existência do controle social foram as principais conquistas apontadas pelos respondentes.

De forma mais particularizada, a descentralização das reuniões do conselho, que em alguns municípios já está ocorrendo, foi apresentada como um avanço principalmente para a difusão do próprio valor do Controle Social como para permitir que o conselho consiga estar mais próximo de todos os indivíduos representados por ele.

A existência em alguns casos de uma rotina gerencial do próprio conselho, como por exemplo, um calendário anual de encontros e criação de equipes específicas para realizar acompanhamento de diferentes áreas da saúde municipal, também é apontado como um legado positivo.

Finalmente, a interação regional através dos fóruns regionais de Controle Social também foi apontado como outro ponto positivo do processo até o momento.

No período em que esta pesquisa foi realizada já havia se passado dois anos das últimas conferências, o que, não permitiu uma interlocução direta com os participantes nem uma avaliação de seu processo de elaboração, restando poucas impressões que puderam ser observadas nos relatórios de cada conferência municipal de saúde que apresentam um teor meramente sugestivo com deliberações bastante abrangentes, dando a impressão de terem sido redigidos com o intuito de manter a maior liberdade possível ao gestor no direcionamento dos recursos, quando no contrário, poderiam se configurar em verdadeiros planos de ação popular para a saúde ficando os gestores responsáveis pela sua concretização e os conselhos municipais juntamente como o legislativo, que é o poder legalmente constituído, para executar a fiscalização e o controle.

Ficando então os Conselhos Municipais de Saúde como instrumento viável para esta investigação principalmente devido ao fato de serem estruturas permanentes e obrigatórias para o próprio funcionamento da saúde pública visto que a deliberação e aprovações orçamentárias só são possíveis com a anuência do próprio conselho.

Os mais de 700 km percorridos para a realização das entrevistas foram fundamentais para uma melhor compreensão da realidade. Muitas vezes participantes de um mesmo conselho apresentavam respostas absolutamente distintas a respeito de questões com teor prático como, por exemplo, quando

perguntados a respeito da estrutura. Foi possível observar entrevistados afirmarem ter o conselho uma boa estrutura elencando vários itens estruturais enquanto que outro membro do mesmo conselho disse não perceber a existência de nenhuma estrutura. A presença do pesquisador permitiu a observação das sutilezas presentes até mesmo nessas ocasiões.

Na próxima seção, serão apresentadas as conclusões decorrentes do confronto das observações realizadas nesta pesquisa de campo com o arcabouço teórico que baseia este estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria institucional, através do estudo do processo de institucionalização das organizações pode se apresentar como um importante instrumento de colaboração ao entendimento de como estes processos legalmente impostos podem ganhar autonomia no seio na sociedade, alcançando desta forma, o que foi preconizado por Meyer e Rowan (1977) ao afirmarem que as estruturas formais têm tanto capacidades simbólicas como a capacidade de gerar ação. Parece ser esse o grande desafio dos Conselhos Municipais de Saúde, não se transformar em instituição meramente figurativa, que serve de avalista das ações do poder executivo municipal em verdadeiramente arena da participação da sociedade dentro da estrutura administrativa pública.

A partir da coleta das entrevistas que foram feitas nos municípios pesquisados, juntamente com a análise dos discursos e de alguns documentos aos quais se teve acesso, buscando um direcionamento através do modelo de institucionalização apresentado pelas autoras Tolbert e Zucker, pode-se concluir que o objetivo geral de analisar o processo de institucionalização do controle social da saúde nos municípios da região de Canindé foi atendido.

A participação dos atores envolvidos no processo; a identificação das lideranças; a percepção do grau de teorização do controle social por parte de cada entrevistado; a observação do surgimento de inovação e adoção de novas tecnologias; como se dá a adoção de novas estruturas, passando também pela percepção da existência de grupos de interesse resistentes e outro defensores, até se observar quais impactos positivos tem o controle social de cada município visitado, foi possível, e se mostra como percurso que viabiliza o alcance dos demais objetivos específicos deste estudo.

Os fatores relativos à análise do primeiro estágio de institucionalização do controle social na saúde, etapa de habitualização, que compreende o primeiro objetivo específico deste estudo, podem ser contemplados pelo acompanhamento do teor das respostas que os entrevistados deram respectivamente aos questionamentos de: qual estrutura é utilizada pelo conselho municipal de saúde do município e de se ao longo do tempo o entrevistado observou inovação e incremento de novas tecnologias no controle social.

Ficou evidenciado que em apenas dois municípios, Canindé e Madalena, o conselho municipal da saúde conta com sala própria, todos os municípios foram beneficiados com o recebimento de equipamentos necessários para a realização dos trabalhos dos conselhos, doados pelo ministério da saúde, sendo eles, computador impressora, televisor e antena.

Com relação à segunda indagação referente ao estágio de habitualização que questiona a adoção de inovação e novas tecnologias os entrevistados apontaram em geral os próprios itens estruturais como inovação, tendo apenas um único município, por já ter absorvido as questões estruturais básicas, citado incremento de inovação estrutural e de rotina.

Fica assim evidenciado que nesse estágio de habitualização a Região de Saúde de Canindé se enquadra exatamente no ponto em que Tolbert e Zucker (2010) afirmam que as organizações podem adotar uma dada estrutura, mas essas serão em pequeno número. A imposição legal é ainda fortemente percebida quando se observa que toda estrutura existente e ainda não utilizada surge também como uma imposição e não uma conquista dos conselhos, configurando o estágio de habitualização através das variáveis analisadas neste estudo, o estágio mais representativo do processo de institucionalização do controle social da saúde da região de Canindé.

Com relação ao estágio de objetificação contemplado no segundo objetivo específico deste estudo, que compreende a análise dos fatores relativos ao estágio intermediário de institucionalização, foram realizados três questionamentos: qual, o entrevistado considerava ser o papel do controle social da saúde do município; quais instituições o entrevistado percebia exercer maior influencia no controle social do município; quais pessoas eram identificadas como lideranças dentro do conselho.

Um movimento em direção a um *status* mais permanente, como Tolbert e Zucker (2010) apresentam a etapa de objetificação, considerando que ela envolve certo grau de consenso social a respeito da estrutura.

Foi possível identificar que existe sim um consenso teórico a respeito do controle social da saúde entre os próprios membros do conselho, quer sejam presidentes, representantes dos profissionais e usuários, as funções de fiscalização e controle foram parcamente afirmadas, no entanto existe uma verdadeira lacuna entre o que está sedimentado no discurso e a prática também evidenciada pelos entrevistados. Em apenas um município o conselho fez valer seu direito de

fiscalizador através de recurso judicial enquanto que nos outro esta função ainda parece ser meramente figurativa.

No tocante ao surgimento de lideranças foram identificados principalmente usuários e Agentes Comunitários de Saúde – ACS, aparentemente legítima, mas existiu um número expressivo de entrevistados que não identificou a existência de lideranças apenas apontam a própria atuação do presidente que na verdade tem a incumbência de coordenar os trabalhos.

Quanto ao monitoramento interorganizacional é evidenciado apenas no tocante ao relacionamento do controle social com a própria estrutura governamental do município e eventualmente do estado, como no caso do acompanhamento prestado pela coordenadoria regional de saúde. Não aparecendo na resposta um acompanhamento de organização do próprio município aos trabalhos do conselho, observa-se que nem mesmo a Câmara Municipal, instancia do legislativo local, foi em nenhum momento citada pelos entrevistados.

Portanto, no tocante na fase de objetificação pode-se destacar a presença de liderança e uma teorização dissociada da prática nos municípios pesquisados, o que pode configurar uma leve penetração da institucionalização da saúde da região de Canindé no segundo estágio de semi-institucionalização.

Analisando os fatores relativos ao estágio final de institucionalização, a sedimentação, que corresponde ao terceiro objetivo específico deste estudo, verifica-se que os entrevistados de uma forma geral não identificam resistências à atuação do conselho, em apenas um município isso se apresenta, as defesas de grupos de interesse também não são significativas considerando o contingente geral reatando a apontamento de impactos positivos que para muito ainda é considerado como principal a mera existência do conselho. Portanto o estágio de sedimentação parece ser uma realidade ainda distante para o controle social da saúde da região de Canindé.

O quarto objetivo específico deste trabalho, é verificar a evolução processo e o grau atual da institucionalização do controle social da saúde pública do Ceará.

A considerar como foco de análise a região de Canindé notou-se que quanto ao grau de institucionalização, o município de Canindé apresenta-se num estágio diferenciado dos demais. Tomando por parâmetro a grande maioria é

possível afirmar que na região de saúde de Canindé o Controle Social da Saúde apresenta-se no estágio de habitualização, ou seja, no estágio inicial do processo.

Provavelmente a constatação deste estudo contribuirá para uma melhor percepção de onde os interessados na atuação do controle social da região devem atuar, ou seja, principalmente na adoção de uma estrutura para migrarem da primeira etapa às etapas seguintes do processo. Com relação a contribuição para outros estudos fica a constatação de que o agrupamento de municípios por contingente populacional e renda semelhantes, poderá produzir resultados mais significativos.

Acredita-se que uma maior prática da pesquisa no seio das organizações públicas possa contribuir para a construção de uma cultura da transparência facilitando o acesso a documentos e menor resistência de entrevistados, principais dificuldades para a realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. B.; GUERREIRO, R.; PEREIRA, C. A.; REZENDE A. J. Fatores determinantes no processo de institucionalização de uma metodologia de programação de orçamento implementada em uma unidade do SESC São Paulo. *In: CONGRESSO USP DE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE*, 5., 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: FEA/USP, 2005.
- ALPAY, G.; BODUR, M.; YILMAZ, C.; CETINKAYA, S.; ARIKAN, L. Performance implications of institutionalization process in family-owned businesses: Evidence from an emerging economy. **Journal of World Business**, v. 43, p. 435–448, 2008.
- BARROS, Maria Elizabeth Diniz. O Controle Social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP. Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde.* Brasília: IEC, 1998. p. 29-37.
- BATAGELLO, Rodrigo; BENEVIDES, Luciana; PORTILLO, J. A. C. P. Conselhos de saúde: controle social e moralidade. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 625-634, 2011.
- BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento.** Petrópolis: Vozes, 2005.
- BONAZZI, G. **Storia del pensiero organizzativo.** Collana di sociologia. Milano, Italia: Franco Agnelli, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. *In: BRAVO, Maria Inês Souza; POTYARA Amazoneida Pereira (Org.). Política social e democracia.* São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.
- CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CEARÁ, Secretaria da Saúde do Estado. Disponível em: <saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>. Acesso em: 20 jan. 2013.

COHN, Amélia. **Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde**. Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

COLLIS, Jill; HUSSEY, Roger. **Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. Trad. Lucia Simonini. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

DiMAGGIO, Paul J.; POWELL, Walter W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. **American Sociological Review**, v. 48, p. 147-60, 1983.

DIMAGGIO, Paul J.; POWELL, Walter W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *In*: POWELL, Walter W.; DIMAGGIO, Paul J. (Ed.). **The new institutionalism in organizational analysis**. Chicago: University of Chicago Press, 1991. p. 63-82.

DIMAGGIO, P. J. Structural analysis of organizational fields: a block model approach. **Research in Organizational Behavior**, v. 8. p. 335-370, 1986.

DIMAGGIO, Paul J. (compiladores) **El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional**. México: Fondo de Cultura Económica, 2001.

DIMAGGIO, Paul J.; POWELL, Walter W. Jaula de ferro revisitada: isomorfismo institucional e realidade coletiva nos campos organizacionais. *In*: CALDAS, Miguel P.; BARRETO, Carlo O. (Orgs) **Teoria das Organizações**. São Paulo: Atlas, 2007.

SCOREL, S. Conselhos de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 23-28, jun. 2008.

EVERETT, J. **Organizational research and the praxiology** *In*: Pierre Bourdieu. **Organizational Research Methods**, 2002.

FLIGSTEIN, N. **Social skill and the theory of fields**. *Sociological Theory*, 19(2), 105-125. 2001

FREITAS, Carlos Alberto Sampaio de. **Aprendizagem, isomorfismo e institucionalização: o caso da atividade de auditoria operacional do tribunal de contas da união**. 2005. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

GIDDENS, A. **Central problems in social theory**. Action, structure and contradiction in social analysis. Berkeley; Los Angeles: University of California Press, 1979.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HAIR JR., Joseph F. *et al.* **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HOFFMAN, A. J. Institutional evolution and change: Environmentalism and the U.S. chemical industry. **Academy of Management Review**, 42(4), 351-371. 1999.

IBGE. Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 20 jan. 2013.

JEPPERSON, R. L. **Institutions, institutional effects, and institutionalism**. In W. W. Powell & P. J. DiMaggio (Eds.). *The new institutionalism in organizational analysis* (pp. 143-163). London: University of Chicago Press. 1991

MACHADO-DA-SILVA, Clóvis L.; GONÇALVES, Sandro A. nota técnica a teoria institucional. *In*: CLEGG, S., HARDY, C., NORD, W. **Handbook de Estudos Organizacionais: Modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, G. de A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MEYER, John W.; ROWAN, Braian. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. **The American Journal of Sociology**, v. 83. n. 2, p. 340-363, Sep. 1977.

_____. Organizaciones institucionalizadas: la estructura formal como mito y ceremonia. *In*: POWELL, Walter W.; DIMAGGIO, Paul J. (compiladores). **El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional**. México: Fondo de Cultura Económica, 2001. p. 72-84.

MEYER, J. W.; SCOTT, W. R.; DEAL, T. E. Institutional and technical sources of organizational structure of educational organizations. *In*: MEYER, J. W.; SCOTT, W. R. (Ed.) **Organizational environments: ritual and rationality**. Beverly Hills, CA: Sage, 1983. p. 45-70.

MEYER, John W.; SCOTT, W. Richard. **Organizational environments: ritual and rationality**. Newbury Park, California: Sage, 1992.

MINAYO, M. C. de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OCAÑA, Wuiili Roberto Vela. **Formação e estruturação do campo organizacional da indústria pesqueira em callao, Peru**. 2006. 123 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

QUINELLO, R. **A teoria institucional aplicada à administração:** entenda como o mundo invisível impacta na gestão dos negócios. São Paulo: Novatec Editora, 2007.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e os conselhos de assistência social:** caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 1998.

REIS, Ana Carla F. **Economia criativa como estratégia de desenvolvimento:** uma visão dos países em desenvolvimento. São Paulo: Itaú Cultural, 2008.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Notas sobre a Construção de Casos para Ensino,** em ANPAD, 2006.

ROSA, Leal María Eugenia de la; VARGAS, Hernández José Guadalupe. **Capital social base de la sustentabilidad organizacional para el desarrollo ambiental y económico:** El caso de las micro y pequeñas empresas en la explotación del Tule (*Typha spp*) de La laguna de Zapotlán. Disponível em: <www.colpamex.org/Revista/Art2/7.htm>.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

SCOTT, W. Richard. **Institutional theory.** Pp. 408-14 In: Encyclopedia of Social Theory, George Ritzer, ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2004

SILVA, J. O. Conselhos, controle social e racionalidade do Estado. **Divulgação em saúde para debate,** Rio de Janeiro, n. 43, p. 118-127, jun. 2008.

TOLBERT, P. S., ZUCKER, L. G. A institucionalização da teoria institucional. In: CLEGG, S.; HARDY, C.; NORD, W. **Handbook de Estudos Organizacionais:** Modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais. São Paulo: Atlas, 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2007.

VENTURA, Cruvinel Ferreira. **Dinâmica de institucionalização de práticas sociais:** estudo da responsabilidade social no campo das organizações bancárias. 2005. 351 f. Tese (Doutorado em Administração) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2005.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** 10. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

VIEIRA, M. M. F., CARVALHO, C. A. Campos organizacionais: a construção histórica do contexto de organizações culturais em Porto Alegre e em Recife. In:

ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, Atibaia, SP, Brasil. 2003

ZIETSMA, C., WINN, M. I. Reflections on process and process theorizing: revisiting our work "Organizational field power dynamics and the 'War of the Woods'". Unpublished Manuscript, In: The **First Organization Studies Summer Workshop on Theorizing Process in Organization**, Santorini: Geece. 2005

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

01. Qual você considera ser o papel do controle social da saúde no município?
(Objetificação)

02. Quem são os participantes do controle social da saúde de seu município?
(Objetificação)

03. Qual a estrutura utilizada pelo conselho de saúde do seu município?
(Habitualização)

04. Ao longo do tempo, foram incrementadas inovações, por exemplo, tecnológicas no cotidiano do conselho? (Habitualização)

05. Quais instituições você percebe exercer maior influencia no controle social da saúde de seu município? Por quê? (Objetificação)

06. Qual ou quais pessoas exercem maior liderança dentro do controle social da saúde de seu município? (Objetificação)

07. Você identifica resistência ao trabalho do controle social no seu município? Como isso se dá, e por parte de quem? (Sedimentação)

08. Em sua opinião, de alguma forma, o conselho direciona a sua atuação na defesa dos interesses de alguns grupos? (Sedimentação)

09. Quais fatores você pode apontar como positivos na atuação do controle social da saúde em seu município? (Sedimentação)