



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP
FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ - FIOCRUZ
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES DE CIÊNCIA
E TECNOLOGIA EM SAÚDE - EGOCTS**

Larissa Morgado Chaves Galhardo

Governança Compartilhada e Participativa no Instituto Nacional de Infectologia
Evandro Chagas

Rio de Janeiro

2017

Larissa Morgado Chaves Galhardo

Governança Compartilhada e Participativa no Instituto de Infectologia Evandro Chagas

Monografia do Curso de Especialização em Gestão de Organizações de Ciência e Tecnologia em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão de Organizações de Ciência e Tecnologia em Saúde.

Orientador: Carlos Alberto Gama Pinto

Rio de Janeiro

2017

AGRADECIMENTOS

Acredito que o conhecimento é um acúmulo de experiências intelectuais, teológicas, científicas, sociais, etc... adquiridas através da relação com alguém. Então, por isso, gostaria de agradecer a todos aqueles que até aqui colaboraram para meu trabalho.

Agradeço ao Senhor Jesus, minha fonte de inspiração e modelo de mestre.

Ao meu esposo e filhos, que tem me ensinado a compartilhar, crescer, aceitar as diferenças e acima de tudo a experimentar o amor....

Ao meu orientador Carlos Alberto Gama Pinto. Obrigada por ter aceitado este desafio, pela sensibilidade, carinho e presteza.

Aos colegas de curso, professores e equipe técnica do Curso de Especialização em Gestão de Instituições de Ciência e Tecnologia em Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Logos como Razão ou como Entendimento.....	13
Figura 2 – O método Paidéia como um método Anti-Taylor.....	19
Figura 3 – Nova geometria para instituições democratizadas.....	21
Quadro 1 - Identificação e análise dos princípios de governança adotados pelo INI segundo o Código IBGC.....	26
Quadro 2 - Encontros realizados pelas equipes de trabalho no INI.....	28

LISTA DE SIGLAS

CD	Conselho Deliberativo
DI	Doenças Infecciosas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGC	Instituto Brasileiro de Governança Corporativa
INI	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PTS	Plano Terapêutico Singular
RI	Regimento Interno
TCU	Tribunal de Contas da União
U.P	Unidade de Produção

RESUMO

Trata-se de um projeto de pesquisa apresentado como trabalho de conclusão do curso de Especialização em Organizações de Ciência e Tecnologia em Saúde. Por ser um Projeto de intervenção o objetivo deste trabalho é desenvolver metodologicamente uma proposta de implantação de modelo que possa estruturar uma gestão compartilhada e participativa, que contribua para ampliar a democratização da gestão, prevendo o diálogo e a construção compartilhada de conhecimentos e ações sobre o tema no Instituto Nacional de Infectologia. A literatura evidencia que há uma tendência da gestão de importar estratégias e modelos e não adaptá-los às singularidade e especificidades da instituição. Este trabalho fala sobre invenção de dispositivos, que, integrados possam incluir os sujeitos, usuários e trabalhadores, na tomada de decisão. O modelo de gestão escolhido foi um sistema de gestão participativa proposta por Campos que avança desnudar e incluir nas discussões os interesses, legítimos, dos trabalhadores, usuários e da gestão. É possível, e desejável que controle e autonomia dos sujeitos convivam a fim de potencializar a capacidade da Instituição. Este modelo, devido à característica participativa, permite a adequação do mesmo à realidade do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas. No decorrer deste trabalho, descrevemos o caminho percorrido para a implantação deste modelo e sugerimos possíveis etapas a serem percorridas para que um modelo compartilhado e participativo seja efetivamente estabelecido.

Palavras chave: Hospital; Política Organizacional; Organização institucional; Gestão em Saúde; Gestão Compartilhada; Democracia institucional; Modelo Participativo

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	7
2.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
3.	METODOLOGIA.....	25
4.	DISCUSSÃO.....	29
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
7.	ANEXOS.....	39

1 INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – INI integra o complexo técnico-científico da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, instituição vinculada ao Ministério da Saúde (MS). É uma Fundação Pública voltada para a Pesquisa clínica, ensino, laboratórios de referência e assistência em doenças infecciosas e tem a missão de contribuir para a melhoria das condições de saúde da população brasileira, por meio de ações integradas de pesquisa clínica, desenvolvimento tecnológico, ensino e assistência de referência na área de infectologia.

Em 2016, no primeiro semestre, a Assessoria de Gestão Estratégica em conjunto com a consultoria realizada pelo Hospital Sírio Libanês (via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional- PROADI-SUS) realizaram no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, um diagnóstico dos maiores problemas enfrentados na instituição. Estes foram mapeados e divididos em 5 eixos temáticos: Gestão da Informação, Gestão de Suprimentos e Farmácia, Gestão do Cuidado, Qualidade e Segurança e Administrativo-financeiro. A partir daí foram identificadas as possíveis causas, consequências e macro ações corretivas, que foram agrupadas em projetos a serem desenvolvidos. Identificou-se, em especial, no eixo Gestão do cuidado, que grande parte dos problemas elencados apontava para a fragmentação dos processos, afetando principalmente a interlocução entre as áreas finalísticas da Pesquisa e da Assistência.

O ambiente Hospitalar é complexo e nele há múltiplos interesses. Ao Hospital Evandro Chagas (atualmente parte do INI), de acordo com o Decreto nº 10252, de 14 de agosto de 1942, capítulo 2, artigo 14, parágrafo único, foram delegadas as seguintes competências: "recolher e dar assistência a doentes selecionados pelas diversas divisões, para estudos; realizar estudos clínicos das doenças endêmicas e endemoepidêmicas que grassam no país; e experimentar os meios terapêuticos preconizados para o combate às endemias que incidem no território brasileiro." Então ele já nasce com esta dupla missão da assistência de referência às coortes de pesquisa acompanhadas pelo Instituto.

Ao reconhecer a tríplice finalidade em saúde proposta por Campos, o INI ao almejar uma gestão participativa, precisa buscar acordos e consenso entre usuários, trabalhadores (da assistência, do ensino e da pesquisa) e a gestão (a estratégia, o relacionamento com o Sistema Único de Saúde, com os organismos internacionais, com a legislação, entre outros).

Os modelos de gestão participativa ou cogestão reforçam a democracia e colocam os trabalhadores como protagonistas na transformação dos processos de cuidado em saúde.

Campos (1998) propõe um modelo centrado na cogestão dos processos decisórios em saúde e parte do princípio de que “não haveria poder nem dominação absolutos, mas sempre relativos e em relação com graus de poder e dominação” (CAMPOS, 1998, p. 868). Este método de gestão é centrado na autonomia e no protagonismo dos diversos atores envolvidos e busca, ao mesmo tempo, a participação democrática na organização do trabalho em saúde e a co-responsabilização dos atores no processo de produção de saúde

Diante dos fatos expostos e da ausência de espaços formais para a discussão de demandas compartilhadas e conflitos em um ambiente democrático e representativo, foi sugerido pelo grupo de discussão, que, como uma das medidas para reduzir a fragmentação encontrada, se organizasse um grupo de trabalho que pudesse promover subsídios para uma discussão mais ampla e fundamentada a respeito de um sistema colegiado de gestão que pudesse contribuir como espaço de diálogo coletivo e de decisões colegiadas entre as áreas da pesquisa, assistência, gestão e ensino, a fim de fortalecer e integrar todas as áreas finalísticas do Instituto. Logo, entre os benefícios discutidos entre esta assessoria e o grupo de trabalho, projeta-se: uma gestão compartilhada, a otimização e melhoria dos processos e a integração dos setores.

Em face disso, fui provocada a aprofundar o tema em questão. Para isso, seria necessário analisar a estrutura de governança da Unidade, pois um colegiado de gestão deve estar conectado à estrutura de governança da Instituição, pois a estrutura deve estar alinhada à política, à estratégia e aos objetivos formulados institucionalmente.

A estrutura de governança é concretizada através do Estatuto e do Regimento Interno. Segundo o IBGC (2009, p.24), “o estatuto é o contrato que, complementando a legislação, rege e estabelece a forma de funcionamento da organização, incluindo as alçadas e as atribuições de cada agente de governança. Contribui para dar transparência ao sistema de governança da organização e para fomentar a confiança nas relações com todas as partes interessadas relevantes. Segundo Esteves (2016), a estrutura de governança deve contemplar 4 faces: deliberativa, normativa, executiva e de controle e o Estatuto vai regular suas relações. O Estatuto da Fiocruz é único e cada Unidade Técnico-Administrativa propõe seu Regimento Interno, dito Manual de Funcionamento, construído vis à vis o Regimento Interno da Fiocruz.

O regimento Interno do INI, foi proposto em 2001, mas não foi validado pela comunidade do INI. Nele não estão descritas todas as estruturas representadas no organograma. A estrutura do organograma encontra-se em anexo (ANEXO A).

Na face deliberativa da estrutura de governança do INI, a Assembleia Geral é o órgão máximo de representação institucional da unidade. A ela compete deliberar sobre assuntos

estratégicos relacionados ao macroprojeto institucional e a outros temas de interesse de toda a comunidade do Instituto, bem como de usuários. Ao CD (Conselho Deliberativo), que é uma estrutura colegiada, compete deliberar sobre a política de desenvolvimento institucional, entre outras funções. Segundo o Regimento Interno, o Conselho Deliberativo é composto pelo Diretor, chefes/coordenadores de serviço ou laboratório, 01 representante de servidores de nível superior, um de nível médio, 01 bolsista e 01 cliente externo com direito a voz e voto; e pelos vice-diretores, chefe de gabinete e assessores, com direito a voz.

Na gestão anterior (2013-2016), houve uma tentativa de se definir atribuições e composição do CD, que redundou em insucesso, entre outros motivos, pelo fato do Regimento Interno de 2001 ainda não ter sido validado em Assembleia. Hoje, o conselho é composto pelo Diretor, vice-diretores, assessorias e os chefes de departamento/laboratórios. Há também um representante de servidores de nível superior e um de nível médio e um representante dos pacientes. Atualmente, as reuniões do Conselho Deliberativo do INI têm sido divulgadas para toda a comunidade de trabalhadores com convite aberto a todos que desejarem participar.

O objetivo deste trabalho é desenvolver metodologicamente uma proposta de implantação de um sistema de estrutura colegiada que contribua para ampliar a democratização da gestão, prevendo o diálogo e a construção compartilhada de conhecimentos e ações sobre o tema e que esteja alinhado ao Conselho Deliberativo do Instituto Nacional de Infectologia. Cabe nesta proposta, realizar um diagnóstico geral da face deliberativa da governança do INI, discutir a necessidade da implantação do modelo sugerido e apresentar uma proposta das etapas necessárias para a implantação de uma gestão compartilhada e participativa. Tem o propósito de contribuir para a qualidade da Gestão do INI e futuramente para o macroprojeto dos Institutos, além de colaborar para a comunidade científica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Uma organização pode ser vista como um sujeito, um ator social coletivo, por conseguinte é portadora de um Projeto e se encontra voltada para sua implementação, esteja consciente ou não disso. A operação cotidiana, por seu caráter alienante, reproduz a direcionalidade dominante, usualmente burocrática e autoritária. A promoção da desalienação, da emancipação, portanto, requer momentos em que os sujeitos possam refletir criticamente sobre este cotidiano, repactuando seu Projeto e a maneira como irá implementá-lo, seu modo de gestão, seu modo de andar a vida. (GALLO, 2009, p.90)

Sugerir um modelo de estrutura que possibilite a convivência entre a autonomia dos sujeitos e o controle institucional, justificado pela busca da eficácia e da eficiência, é um desafio. Mintzberg (2003, p.178-182, apud Duarte, 2006) apresenta um modelo onde aponta que “cada organização apresenta seis tipos de elementos básicos: vértice estratégico, linha hierárquica média, centro operacional, tecnoestrutura, logística e ideologia” que seguindo certa lógica de distribuição irão caracterizar diferentes desenhos organizacionais. Entre os desenhos propostos, ele diz que:

O desenho denominado Burocracia Profissional seria predominante em ambientes hospitalares por substituir a autoridade fundada na autoridade hierárquica pela autoridade de competência que se baseia no profissionalismo. [...] é burocrática, pois apresenta elevada formalização interna, com muitos regulamentos e regras; e descentralizada pois os profissionais tem elevada autonomia.

Ao mesmo tempo em que esta autonomia possibilita um eficiente desempenho de seus profissionais, pode levar ao surgimento de conflitos, pois cada departamento cria seus objetivos e pretende atingi-los mesmo que sejam necessários embates com outros departamentos. Esta lógica departamental ou por categoria facilita a existência de “feudos” que se esforçam para preservar seus espaços de poder e autonomia. Cecílio (1999, p.318) assume que “essas possibilidades concretas de uma parte controlar ou influenciar a conduta da outra, a ação de alguns sobre os outros ou alguém fazer algo que não faria, por imposição do outro, são manifestações visíveis ou a apresentação fenomênica do poder”.

Um modelo de gestão participativa implica no envolvimento de todo o coletivo de trabalhadores na resolução de problemas e desenvolvimento de propostas para melhorar os serviços. Segundo Cecílio,

a criação de múltiplos dispositivos ou contextos de negociação[...] é apontada como alternativa para uma gestão radicalmente democrática, apoiada na idéia de que nenhum macroator (direção ou governo) tem o poder de imprimir a racionalidade da organização sem enfrentar um complexo, permanente e dialógico processo de negociação que envolveria todos os atores organizacionais. (CECÍLIO, 1999, p.315)

Campos (2005) propõe um modelo de gestão participativa em que várias modalidades de espaços coletivos coexistam, vários tipos de arranjos institucionais. Além disso, seu método valoriza e defende que todos os trabalhadores da organização sejam capazes de tomar decisões. Há uma valorização do humano, dos pensamentos, desejos, que outros métodos da administração não consideravam.

Cecílio (1999, p.317) aponta que “estes modelos, se implementados, resultam em um acentuado processo de distribuição de poder no interior das organizações [...]”.

A seguir alguns conceitos que foram utilizados para balizar as discussões.

A Tríplice finalidade do cuidado da saúde

O reconhecimento de que o cuidado em saúde é sustentado pelo relacionamento entre a gestão, o trabalhador e o usuário vêm desde a criação do Sistema Único de Saúde – SUS que instituiu a descentralização do poder, seja pelo empoderamento instituído para municípios e Estado, seja pela instalação de Conselhos e Conferências da Saúde que ampliaram a participação dos usuários e dos trabalhadores da saúde. A lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 cria os Conselhos de Saúde, instâncias colegiadas, de caráter permanente e deliberativo, que reúnem representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e que fazem parte da estrutura regimental do Ministério da Saúde. Os mesmos tem uma composição paritária, onde cinquenta por cento são de representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS; e cinquenta por cento de representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde (25%) mais representantes do governo, de entidades de prestadores de serviços de saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e de entidades empresariais com atividade na área de saúde (25%). Logo, a constituição do Conselho, a representatividade dos diversos atores, o poder decisório dos mesmos deve ser considerado a fim de garantir a multiplicidade de conhecimentos e interesses. No entanto, estes mecanismos democráticos “parecem insuficientes tanto para alcançar os objetivos do SUS, quanto diminuir o alto grau de alienação que se constata entre a maioria dos trabalhadores.” (CAMPOS, 1998, p.864)

O método de cogestão denominado Paidéia, assume esta tríplice finalidade do cuidado da saúde ao produzir efeito em três sentidos diferentes:

primeiro, objetiva e interfere com a produção de bens ou serviços para pessoas externas à organização (finalidade declarada da Instituição), segundo, procura sempre assegurar a reprodução ampliada da própria organização (sua

sustentabilidade) e, terceiro, acaba interferindo com a produção social e subjetiva dos próprios trabalhadores e usuários (CAMPOS, 2003, p.86 e CUNHA e CAMPOS, 2010, p.33;).

Neste objetivo tríplice reconhece três atores: os usuários do serviço, os trabalhadores e os gestores, cada um deles com uma necessidade diferenciada e legítima que precisa encontrar um equilíbrio. A tarefa da cogestão seria identificar decisões e compromissos que pudessem ser aceitas pelas três categorias de atores, sempre buscando o consenso. Um lugar concreto, os espaços coletivos, onde as diferenças possam coexistir.

Pinto (2015, p.7) reafirma este conceito tríplice ao afirmar que se trabalha para o outro quando produzimos algo que tenha valor de uso para este outro como cura, prevenção, etc.; mas também se trabalha para si mesmo quando se busca a satisfação de suas próprias necessidades, como salário, afeto, aceitação, reconhecimento; e por fim trabalha-se para uma instituição quando cumpre metas, aumenta sua competitividade, sua eficácia, busca inovar.

O método Paidéia, proposto por Gastão Wagner de Souza Campos, reconhece o protagonismo, a história, os pensamentos, desejos e interesses dos indivíduos, sejam eles usuários, trabalhadores ou gestores e aponta para uma construção mais democrática onde as escolhas não são feitas pela maioria e sim pela busca do consenso entre as partes e “propõe que, ao contrário da tradição gerencial hegemônica, quaisquer dos três atores quando detêm poder demais comprometem a sobrevivência da organização.” (CUNHA e CAMPOS, 2010, p.33).

O método científico cartesiano e a sua atualização no mundo do trabalho

A teoria geral da administração nunca pretendeu democratizar as instituições, pelo contrário, Taylor (1960), Fayol (1960) e tantos outros, sempre defenderam que o sucesso das organizações baseia-se no controle e na disciplina dos indivíduos que nela trabalham. Com isso buscava-se a eficiência máxima: tarefas em sequência realizadas em um período pré-definido. O Taylorismo tem suas bases no pensamento cartesiano: “penso, logo existo”.

Taylor (1990) estabelece como princípio geral que haja uma gerência científica já que os empregados são incapazes de compreender a “lei científica”, por falta de instrução ou capacidade mental diminuída.

Esta atribuição de impor padrões e forçar a cooperação compete exclusivamente à gerência. A direção deve fornecer professores para instruírem o novo trabalhador nos melhores e mais simples movimentos, e os operários lentos devem ser constantemente cronometrados e auxiliados, até atingirem a velocidade conveniente. Todos aqueles que, depois do ensino devido, não quiserem ou não puderem trabalhar de acordo com os novos métodos e no ritmo requerido, serão dispensados. A direção

deve também reconhecer que não convém submeter os trabalhadores à padronização rígida e a trabalho mais penoso sem pagamento extraordinário. (TAYLOR, 1990, P.66)

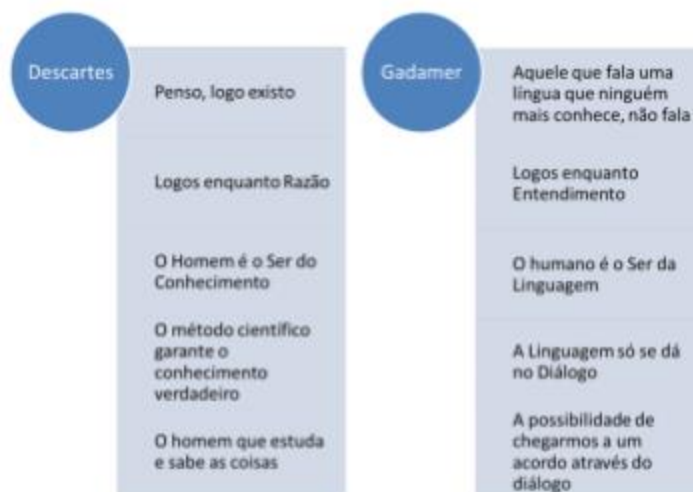
Vê-se, explicitamente, que se busca a renúncia dos desejos e interesses dos trabalhadores em troca da sobrevivência.

“A Escola Clássica propunha um alto grau de centralização nas decisões, de modo a exercer controle completo sobre tudo o que se passava no interior da empresa.” (GALLO, 2009, p.35).

Os tempos mudaram, ampliou-se o campo da gestão, mas “a disciplina e o controle continuam sendo o eixo central dos métodos de gestão. A este eixo conformador do taylorismo, denominou-se Racionalidade Gerencial Hegemônica” (CAMPOS, 2015, p.23). Buscam diminuir ao máximo a imprevisibilidade do trabalho e separam os que pensam a estratégia e os que executam.

Pinto (2015) afirma que esta Racionalidade Gerencial Hegemônica possui algumas características marcantes já apontadas por Descartes, como a predominância do método científico para o conhecimento, a fragmentação do trabalho, o trabalho em linha de produção. Ele faz um contraponto com Gadamer, que ao contrário do método cartesiano, valoriza a linguagem como método, conforme vemos abaixo:

Figura 1 – Logos como Razão ou como Entendimento



Fonte: Pinto, C. G., 2015

Mintzberg (1995), renomado acadêmico e autor de diversos livros na área de administração, identifica cinco partes em uma organização: a **cúpula estratégica** que compreende os responsáveis por assegurar que a organização cumpra sua missão de modo

eficaz; o **núcleo operacional** constituída pelos operadores que realizam o trabalho básico de produção de bens ou prestação de serviços e conforme a organização cresce, as estruturas que são incorporadas, **linha intermediária**, que compreende administradores que são como pontes entre a cúpula e os trabalhadores; a **tecnoestrutura** representada pelos analistas que assessoram a organização padronizando as tarefas e a tornando mais eficaz; e as **assessorias de apoio** que proveem serviços indiretos para si mesma. Neste modelo, percebemos claramente o controle e a diferença entre os que pensam e deliberam e os que executam, muitas vezes em tarefas padronizadas.

As organizações de saúde são estruturadas em uma lógica bastante singular, cuja configuração Mintzberg (1995) chama de “Burocracia Profissional”. Possuem o núcleo operacional como parte chave da organização. Este núcleo é extremamente especializado, possuindo habilidades (todos os cirurgiões vasculares sabem mais ou menos o que o outro faz) e conhecimentos padronizados (por exemplo pelo uso de protocolos). Diferente das outras estruturas, o núcleo operacional da Burocracia Profissional compreende boa parte do poder destas organizações devido à complexidade do trabalho dos profissionais, que gera maior dificuldade de supervisão por gerentes, e pelo fato dos serviços serem de grande procura. O autor sugere que esta é uma estrutura grandemente democrática para os profissionais do núcleo operacional, pois “não somente controlam seu próprio trabalho como também buscam o controle coletivo sobre as decisões administrativas que os afetam.” (MINTZBERG, 1995, p.196). Há de se levar em consideração que a democracia a qual ele aponta como existente seria somente para o núcleo operacional. Sabemos, no entanto que há uma luta de poder entre as corporações: departamentos, divisões e seções montados segundo as profissões, sejam médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, etc.

A gestão taylorista sedimenta no organograma a fragmentação do trabalho. O Método Paidéia, embora não se reduza a isto, é um método anti Taylor, ou seja, de enfrentamento destas marcas instituídas a ferro e fogo no início da revolução industrial. (CUNHA e CAMPOS, 2010, p.34).

Campos (2015, p.30) declara que:

o Taylorismo e congêneres são anti-paidéia. Investem no empobrecimento do universo de expectativas dos trabalhadores quando se referem ao mundo da produção. A base desta ‘escola’ é a autoridade, assentada na diferença de poder e de saber entre proprietários e chefes, de um lado, e Sujeitos-trabalhadores, na outra ponta. (CAMPOS, 2015, P.30)

Para Simon (1978 apud Motta, 2011, p.105) “os modelos racionais clássicos simplificam a realidade para se abstrair da confusão de interesses e valores, neutralizar emoções e concretizar a decisão proclamada como a mais correta”.

Gestão participativa

Há também longa tradição antitaylorista. Podemos citar Mário Testa e Carlos Matus que sugeriram meios de gerir que combinavam a objetividade do planejamento com a subjetividade dos atores sociais. Pensadores na Itália, Inglaterra e na França descobriram o “caráter terapêutico do envolvimento de doentes mentais com a gestão cotidiana de suas vidas e começaram a organizar serviços de saúde com a participação de usuários na gestão” (CAMPOS, 2015, P.144).

Para Cecílio e Merhy (2003, p.203) a descentralização e a democratização das decisões seriam os dois eixos capazes de “reinventar” um hospital de tradição centralizadora e com fortes esquemas instituídos de dominação e controle e para isso eles propõem “a redução dos níveis decisórios e a condução colegiada das decisões, tanto da alta direção, como nas equipes prestadoras de serviço”.

Segundo Campos (1998), o conceito de cogestão ou gestão colegiada parte do princípio de que não haveria poder nem dominação absolutos, mas sempre relativos e em relação com outros graus de poder e de dominação. Todos participam do governo, mas ninguém decide sozinho ou isolado ou em lugar dos outros. Neste modelo de gestão, os conflitos de interesses são admitidos como inevitáveis e explicitados e trabalhados nos espaços de discussão. As discussões, negociações e o esclarecimento das diferenças entre os membros dos colegiados devem ser seguidas de sínteses operativas a serem colocadas em prática pelos trabalhadores. A cogestão pelas equipes possibilita autonomia, empoderamento e corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho e objetiva o fortalecimento dos sujeitos e da democracia institucional. “A democracia é, portanto, a possibilidade do exercício do poder: ter acesso às informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisão”(CAMPOS, 2015, P.41).

Campos (2015, p.147-149, grifo nosso) identifica quatro modelos de espaços coletivos que combinados comporiam um sistema de gestão participativa: “**Conselhos de cogestão** e os **Colegiados para gestão** têm caráter duradouro, são arranjos de funcionamento regular, com normas previamente acordadas, ou seja, têm caráter estrutural e aparecem como

parte do organograma”. A diferença entre eles é que nos conselhos atores externos aos coletivos também expressam seus desejos e interesses. **Os dispositivos** são espaços de caráter episódico, ou seja, são encontros pontuais entre os diversos atores envolvidos no trabalho: “assembleias entre trabalhadores e usuários, reuniões ocasionais, sessões para discussão de “casos”, oficinas de planejamento”, entre outros. Outro espaço, que ele denomina **diálogo e tomada de decisão no cotidiano**, são momentos de encontro informais para as decisões do dia a dia, a fim de não paralisar o sistema, aguardando que os assuntos sejam levados ao colegiado.

Cecílio (2010) chama a atenção sobre uma variedade de entendimentos acerca dos colegiados de gestão: para que servem, como se dá o processo decisório e quais os temas que podem/devem ser levados para discussão. Por isso ele identifica que:

há uma tensão entre a percepção do colegiado de gestão como espaço democrático, de práticas solidárias, dialógicas, visando à construção de consensos em torno de um projeto para a unidade, e a percepção do colegiado de gestão como espaço duro de disputa, de imposição de projetos que “vêm de cima”, revestindo-se, portanto, de um caráter mais instrumental e, onde, por consequência, nunca se pode “abrir tudo”. (CECÍLIO, 2010, p.561)

Para Campos, os colegiados,

são voltados para operacionalizar a gestão interna das Organizações. Estes colegiados criam um espaço mais ou menos protegido, onde as equipes de trabalhadores possam organizar-se e elaborar seus projetos e visões do mundo. São órgãos internos das Organizações em que participam dirigentes, assessores, supervisores e trabalhadores. Desses colegiados saem as representações internas para compor os Conselhos de cogestão já mencionados. (Campos,2015, p.148)

Importante destacar que o método colegiado permite e assume as diferenças de pensamento entre os participantes. “A divergência de interesses, perdura em todas as fases de um processo decisório, exigindo a troca de informações, além da solução de pequenos conflitos“ (MOTTA, 2011, p.106). No processo decisório as pessoas tendem a selecionar informações de acordo com suas estruturas de referência ou modelos mentais já estabelecidos.

as molduras mentais são constituídas por um conjunto de crenças e valores que fazem a pessoa perceber a realidade de uma maneira singular e influenciam tanto a formulação do problema quanto os julgamentos, hábitos, diálogos e ações[...] Novas informações se combinam com as já armazenadas na memória para produzirem um julgamento ou uma decisão. (MOTTA, 2011, p.107).

Os vários participantes de acordo com o seu modelo mental podem definir problemas de diversas formas a partir de uma mesma situação real. O grupo de trabalho que estiver à frente da implantação do modelo de gestão participativa, deve conhecer tendenciosidade da personalidade humana e evitar as discussões desnecessárias. Pode sugerir que todos do grupo

devem estar abertos a novas possibilidades de gestão e fazer com que as pessoas busquem novos dados e perspectivas (MOTTA, 2011).

A busca do consenso é desejável. Motta (2011) considera os consensos naturalmente frágeis, pois devido aos modelos mentais já estabelecidos, há o risco das discordâncias anteriores aparecerem quando houver a implementação do combinado. Logo, o processo de decisão requer “análise, consciência das contradições, perspectivas diversas e, preferencialmente debate para o aprendizado coletivo” (MOTTA, 2011, P.110). Campos (2015, p.159) sugere que até que não haja consenso, a realidade anterior deve ser mantida. Modificações que são exigidas por leis podem ser inseridas primeiramente nos locais onde haja consenso e expandida posteriormente para os locais que resistiam.

Segundo Gallo (2009, p.46) a gestão participativa não nega as diferenças existentes entre os projetos defendidos pelos vários atores envolvidos, mas ele imagina ser possível construir consenso em torno das questões. “Isto faz parte da abordagem metodológica de um gestor estratégico que busca a hegemonia – a direcionalidade de um processo – através da inclusão e não da exclusão.”

O Método Paidéia

O método Paidéia foi idealizado por Gastão Wagner de Souza Campos em sua tese de livre-docência intitulada “Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda” e busca favorecer a democratização da gestão nas organizações através de coletivos organizados.

O termo Paideia é de origem grega. Designa um dos três componentes essenciais da democracia ateniense: Cidadania, direitos das pessoas; Ágora, espaço para compartilhar poder; e o conceito Paideia, educação integral. O Método Paideia (ou método da roda, como também é conhecido) realiza uma adaptação dessa tríade. Busca-se o efeito Paideia: que é o trabalho realizado para ampliar a capacidade das pessoas para lidar com informações, interpretá-las, compreender a si mesmas, aos outros e ao contexto. Em consequência, pretende contribuir para o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, lidar com conflitos, estabelecer compromissos e contratos; ampliando, enfim, a possibilidade de ação dessas pessoas sobre todas essas relações. (Campos e col., 2014, p.985)

É um método que articula o conhecimento dos campos da saúde coletiva, da clínica, da política, da administração e planejamento, da psicanálise, da análise institucional e da pedagogia. Campos (2015, p. 19, p.145) o chama de o “Método da Roda” por assemelhar-se às rodas das escolas construtivistas, onde o conhecimento é construído...”professores e alunos sentados no chão, analisando e gerenciando relações humanas.” Sua inspiração vem também

da psicanálise, que desenvolveu uma teoria libertária, democrática para lidar com a linguagem e a subjetividade, objetivando um resultado.

É um sistema de cogestão que cumpriria três funções básicas:

uma clássica, de administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso; outro de caráter político, a cogestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições; e ainda uma pedagógica e terapêutica, a capacidade que os processos têm de influir sobre a constituição de sujeitos. (CAMPOS, 2015, P.14)

Para funcionarem em cogestão, todos estes espaços coletivos devem ter caráter deliberativo. (CAMPOS e col., 2014)

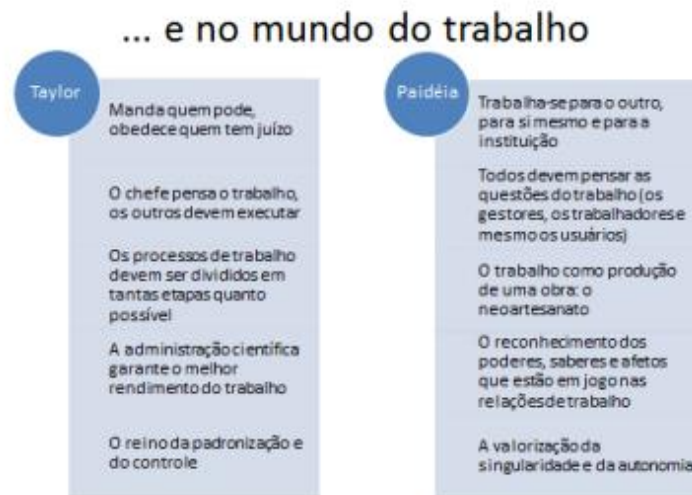
Cunha e Campos (2010) destacam que o Método Paidéia identifica que em todos os espaços institucionais estão em jogo poderes, saberes e afetos.

O método busca enfrentar um tipo de fragmentação temática que contribui fortemente para a submissão e o controle das pessoas, qual seja, a de que os saberes devem ser discutidos pelos sabidos, experts neste ou naquele assunto ou em Pedagogia. Enquanto que os poderes, as disputas e os interesses não devem ser discutidos, exceto pelos altos círculos de poder da organização. Assim como os afetos, os sentimentos e outras menoridades devem ser deixados fora da organização, e direcionados para a vida pessoal, a terapia individual ou grupal, caso necessário. O método enfrenta essas verdades institucionais e sugere que SEMPRE, com maior ou menor força, estes temas estarão presentes, cabendo aos coletivos reconhecê-los e lidar com eles. A proposta é que os coletivos possam aprender e ampliar a capacidade de lidar com elas de forma mais consciente, já que se supõe que- querendo ou não, consciente ou não, com protagonismo ou com submissão -, esta lida acontece. (CUNHA e CAMPOS, 2010, p.38).

A “roda” seria o lugar de “desvelar objetivos e fugir do discurso hipócrita da racionalidade gerencial hegemônica” (CAMPOS, 2015, P.124). Lugar de reconhecer, e não de ignorar, que os objetivos da instituição, dos trabalhadores e usuários não são tão convergentes como se procura mostrar, mas que são legítimos e, portanto dignos de serem considerados e administrados.

Pinto (2015) faz um contraponto entre os pensamentos de Descartes e Gadamer (figura 1) e suas projeções para o mundo do trabalho (figura 2).

Figura 2 – O método Paidéia como um método Anti-Taylor



Fonte: Pinto, C. G., 2015

O Método Paidéia não pretende ser subversivo, deixando de lado qualquer forma de controle. Traz para a discussão um modelo interativo que reconhece a diferença dos papéis, de poder e de conhecimento.

Para ele, a supervisão e avaliação deveriam envolver os próprios avaliados tanto na construção dos diagnósticos como na elaboração de novas formas de agir; ou seja, formas democráticas para coordenar e planejar o trabalho. Formas que aproveitem e considerem a experiência, o desejo e o interesse de sujeitos que não exercem funções típicas da gestão. (CAMPOS, 2003, P. 86)

Não há abandono de relatórios, indicadores, mas há um questionamento das instâncias organizacionais especialistas em produzir diagnósticos, do limite das verdades produzidas. Campos (2015, p.202) propõe “textos financeiros, epidemiológicos, pedagógicos, sendo analisados pelas equipes de trabalho e o resultado de suas reflexões e de sua prática retornando aos especialistas [...] Poder interpretar é condição de liberdade”. Sempre é importante aproximar-se da realidade de forma crítica.

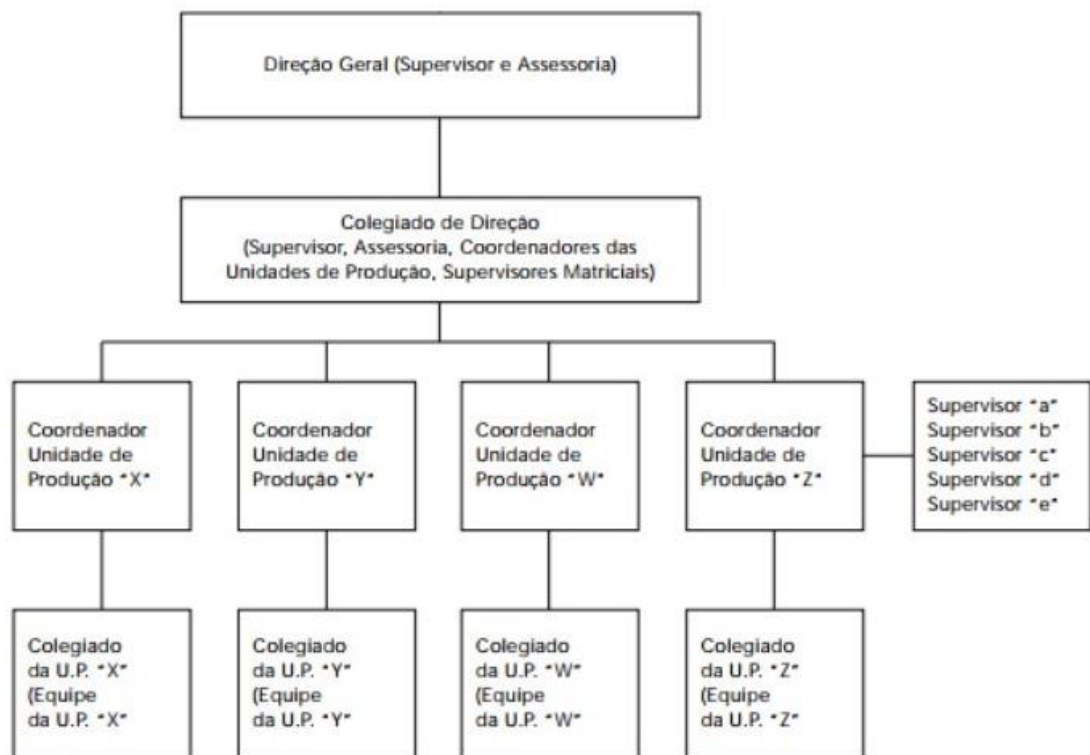
Campos (2015, p.142) chama a atenção para a importância da existência de contrapoderes, “instâncias que pressionem as equipes de trabalho [...], gerência, outras unidades de produção, usuários”, fazendo-as dialogar com outros atores, o que “diminui o corporativismo, a burocratização e o fechamento em departamentos.” O controle institucional e a autonomia dos sujeitos, quando interligados, aumentam a potência das instituições.

Segundo Campos (2015, p.186) o método pode ser autoaplicável, conduzido pelas próprias equipes ou a direção, ou ser aplicado por um agente externo ao grupo, o Apoiador Institucional. Para o apoiador, aquele que conduzirá o grupo, lidando com as relações entre os sujeitos de maneira diferente da tradicional, Campos (2003, 2015) sugere que o mesmo tenha a capacidade de “abrir-se à influência dos outros sem renunciar ao próprio interesse e à própria experiência”. Sugere alguns recursos, como contribuir ativamente para a criação de espaços coletivos, “rodas”, em que seja possível análise das situações, tomada de decisão bem como avaliação dos processos e tarefas, que devem ser redefinidos sempre que necessário; colocar na roda o diagrama das relações de poder, de afeto; não ficar na neutralidade mas incluir-se no processo; analisar os processos na lógica da tríplice finalidade da saúde; trabalhar com uma metodologia dialética que trabalhe com contribuições externas (método de análise de oferta) mas que valorize as demandas internas (escutar e interpretar); pensar e fazer junto com as pessoas e não em lugar delas; autorizar os grupos a exercer a crítica-generosa e a desejar mudanças. “O apoiador indica uma pressão de fora, sustentar e ao mesmo tempo empurrar o outro.” (CAMPOS E COL, 2014, P.991). É o Apoiador que traz as diretrizes propostas pelos níveis de poder superiores, sejam elas organizacionais, orçamentárias, políticas. É importante que o Apoiador estabeleça contratos com as Equipes, onde constem as expectativas, objetivos, regras, métodos de trabalho e outros que o grupo julgue necessário.

Campos (2015) alerta para o fato de não ficar o tempo todo planejando, mas relaciona a *práxis* com a reflexão, a capacidade de escuta e de análise.

Campos (1998, p.866) sugere, que os organogramas sejam construídos na lógica de Unidades de Produção (U.P) (Figura 3). Quantas U.P, quais os limites e relações entre elas, seriam definidos pelos próprios trabalhadores. Propõe que seja um organograma sempre sujeito à reformulações. Cada U.P comporia o seu colegiado. Os coordenadores destas U.P, aos quais cabe assegurar o cumprimento das deliberações, e tomar decisões que não houvessem passado pelos colegiados, comporiam o Colegiado da Direção, com uma perspectiva integradora e mais estratégica. Propõe Supervisores matriciais ou Apoiadores Institucionais, não com a função de controle e fiscalização, mas como apoiador e agenciador de mudanças. Poderia ser feito por especialistas (caráter mais técnico) ou por um analista de gestão, ambos sem linhas de comando dentro das U.P., construindo com o grupo um contrato de atuação. “O Apoiador compromete-se com as Equipes a quem deve comunicar suas avaliações e seus achados, e não somente com a cúpula dirigente da Organização” (CAMPOS, 2014, P.187).

Figura 3 – Nova geometria para instituições democratizadas



Nota: Na linha vertical, colocam-se a direção geral, coordenadores das unidades de produção (U.P.) e os colegiados respectivos; na horizontal, representado por linhas interrompidas, sentido matricial, estariam os supervisores, bem como alguns trabalhadores que realizem tarefas em mais de uma unidade de produção (U.P.).

Fonte: Campos, G.W.S., 1998

O cuidado

A gestão do cuidado compreende toda uma lógica do cuidado integral que, segundo Cecílio e Merhy (2003), seria o esforço de uma abordagem completa, holística e ocorreria a partir de uma combinação flexível entre tecnologias duras, leve- duras e leves (MERHY , 1998), capaz de produzir qualidade no sistema, expressa através de resultados como maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo. A gestão deste cuidado requer, então, uma combinação de humanização e tecnologias a fim de adotar o “lugar” do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção.

Segundo Cecílio e Merhy,

o cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. (CECÍLIO e MERHY, 2003, p.197)

O modo de cuidar tem sido alvo de inúmeros estudos nas últimas décadas. Podemos destacar os questionamentos sobre a abordagem da clínica centrada na doença que muito pouco diminuiu o sofrimento das pessoas já que não considera os aspectos mais subjetivos e sociais do indivíduo, como sua felicidade, seu bem-estar, sua segurança, e seu protagonismo no plano terapêutico, o que ampliou a discussão da clínica para além do biológico. Novos modelos teóricos surgiram, entre eles a do cuidado (Ayres, 2009), a da utilização das tecnologias leves (Merhy, 1998) e a da clínica ampliada (Campos, 1999) e todas reconhecem o espaço de relacionamento entre trabalhadores de saúde e usuário como um espaço privilegiado de intervenção da clínica, que possibilita maior compartilhamento de saberes, poderes e afetos. (PINTO, 2010)

Além disso, o modo de cuidar em uma unidade de saúde, em especial em um hospital, carrega em si diversas especificidades, como a lógica do cuidado centrado no médico e nos procedimentos e a organização das corporações médicas e não médicas. Podemos dizer que,

um modelo em defesa da vida para um estabelecimento deste tipo deveria pensar como ampliar a dimensão do núcleo cuidador e a relação entre aqueles que cuidam, tanto para desencadear processos mais conjuntos e partilhados no interior da equipe, quanto para melhorar a eficácia e a adequabilidade da ação específica com os processos usuários centrados, assumindo e reconhecendo que certas abordagens profissionais, em certas circunstâncias, são, de fato, mais eficazes que outras, mas sem fazer disso uma lógica de poder na qual uma profissão se imponha sobre as outras. (MERHY, p.118, 2008)

Para o alcance da integralidade do cuidado e da lógica interdisciplinar, precisamos pensar em processos organizacionais e em uma estrutura de gestão hospitalar que possibilitem ampliar os espaços de ação em comum e, mesmo, a cooperação entre os profissionais, levando a um enriquecimento do conjunto das intervenções em Saúde, tornando-as mais transparentes e comprometidas com os interesses dos usuários. (CECÍLIO e MERHY, 2003).

Para Pinto (2015, p. 10-13) os dispositivos que nascem com a lógica de melhoria do trabalho, como, acolhimento, classificação de risco, ambiência, clínica ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), gestão compartilhada, só melhoram a qualidade dos serviços de saúde quando articulados e quando instrumentos para inclusão do sujeito. “Sempre que eles estiverem funcionando de forma adversa, retirando potência da equipe, diminuindo a autonomia dos usuários, eles precisam ser colocados em questão.”

A Estrutura

A governança corporativa preocupa-se com as estruturas e sistemas de controle dos gestores que irão representar àqueles que têm uma participação legítima na organização, as partes interessadas ou *stakeholders*. A cadeia de governança ilumina os papéis e as relações de diferentes grupos dentro de uma organização. No setor público, representa o modo de gerir estruturas que pertencem à sociedade, relacionando as expectativas dos interessados, a responsabilidade social e a ética.

Podemos utilizar a definição de Governança do Setor Público proposta pelo Tribunal de Contas da União (2014) como sendo “um conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade”.

Segundo o Código das melhores Práticas de Governança corporativa (IBGC), quatro princípios básicos devem ser respeitados para que haja uma boa governança: **Transparência** - Consiste no desejo de disponibilizar para as partes interessadas as informações que sejam de seu interesse e não apenas aquelas impostas por disposições de leis ou regulamentos; **Equidade** - Caracteriza-se pelo tratamento justo e isonômico de todos os sócios e demais partes interessadas (*stakeholders*), levando em consideração seus direitos, deveres, necessidades, interesses e expectativas; **Prestação de Contas** (*accountability*) - Os agentes de governança devem prestar contas de sua atuação de modo claro, conciso, compreensível e tempestivo, assumindo integralmente as consequências de seus atos e omissões e atuando com diligência e responsabilidade no âmbito dos seus papéis e **Responsabilidade Corporativa** - Os agentes de governança devem zelar pela viabilidade econômico-financeira das organizações, reduzir as externalidades negativas de seus negócios e suas operações e aumentar as positivas,

levando em consideração, no seu modelo de negócios, os diversos capitais (financeiro, manufaturado, intelectual, humano, social, ambiental, reputacional, etc.) no curto, médio e longo prazos.

A governança é um modelo de gestão que é caracterizado por uma integração das agendas estratégicas, alinhamento das estruturas implementadoras, integração sistêmica interna e externa e por mecanismos claros de monitoramento e avaliação, que fortalecem o uso social e a consciência estratégica (MARTINS, 2010).

Marques (2007) relata que “o conceito de governança corporativa está, portanto, relacionado com a *accountability*, cujas exigências diferem consoante a natureza da organização em causa.” Todos os envolvidos devem identificar suas responsabilidades e articular suas relações. E completa dizendo que:

O desafio real não é simplesmente definir os vários elementos de uma efetiva governança corporativa, mas garantir que eles estão holisticamente integrados dentro de uma abordagem da organização, pelos seus funcionários e bem compreendida e aplicada dentro da entidade.

Nos documentos do VI e VII Congressos foram propostas algumas diretrizes para alinhamento das Unidades técnico-científicas com a Instituição Fiocruz. Entre elas foi sugerido aprimorar o modelo de gestão democrática e a governança institucional, com a ampliação e consolidação de sistemas de transparência, tomada de decisões e prestação de contas interna e externa. No relatório do VII Congresso Interno, destacam-se propostas de melhorias gerenciais, configurando no âmbito da governança geral a premência da ampliação do controle social participativo na gestão Fiocruz, por meio do emprego efetivo de mecanismos ou canais de participação popular, tais como: audiências públicas, sessão pública de caráter não vinculante aberta aos interessados - com debates orais, atuação do interessado no processo administrativo, e outros canais de comunicação (ouvidorias interna e externa), objetivando o empoderamento do ator social, mais efetividade na comunicação e transparência dos processos decisórios.

3 METODOLOGIA

A finalidade desta pesquisa é intervencionista, a fim de intervir e modificar a realidade descrita na introdução deste trabalho. Quanto aos meios, trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagens documental, bibliográfica e de estudo de caso que possam auxiliar-nos com subsídios para compreensão do problema e indicação de caminhos para tomada de decisão correta sobre a questão-problema.

Esta pesquisa desenvolveu-se em conjunto com um grupo de colaboradores do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas e de um facilitador da consultoria do Hospital Sírio Libanês, que desenvolveram discussões sobre a implantação de colegiados. As questões levantadas na pesquisa representam, assim, tanto questões que foram pensadas por interesses acadêmicos mais gerais quanto outras que representavam preocupações específicas dos colaboradores do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas. Essa característica coloca essa pesquisa também no âmbito das pesquisas participativas, entendida como processo realizado por meio do estabelecimento de parcerias entre avaliadores e pessoas afetadas e/ou envolvidas por determinado programa ou serviço.

Para o diagnóstico da face deliberativa da governança foi realizada uma análise do organograma, do Regimento Interno, das Atas do Conselho Deliberativo ocorridos em 2016 e do Plano Estratégico da Fundação Oswaldo Cruz que constam nos documentos do VI e VII Congressos Internos.

A análise do problema, do ponto de vista da governança institucional, será relacionada à face deliberativa, entendendo as limitações dessa análise, uma vez que seria relevante uma reestruturação de toda a governança do INI.

Foram estudadas todas as Atas do CD do INI no ano de 2016, no total de oito documentos disponibilizados por e-mail.

Quando comparamos a face deliberativa da estrutura de governança do INI com a Fiocruz, detectamos que a Fiocruz possui duas estruturas deliberativas: CD Fiocruz e o Congresso Interno, que constam no Regimento Interno aprovado na PORTARIA Nº 2376/GM. No INI, segundo seu Regimento Interno (2001) encontramos a Assembléia Geral e o Conselho Deliberativo. Não identificamos no Regimento Interno do INI, as alçadas de cada agente de governança. Quanto à boa governança, o quadro abaixo (QUADRO 1) mostra a identificação e análise dos princípios de governança adotadas pelo INI segundo o Código IBGC.

QUADRO 1 - Identificação e análise dos princípios de governança adotadas pelo INI segundo o Código IBGC.

Princípios de Governança Corporativa Conforme Código IBGC		
PRINCÍPIOS CÓDIGO IBGC	Perguntas utilizadas	INI
Transparência	A organização disponibiliza para as partes interessadas as informações que sejam de seu interesse e não apenas aquelas impostas por disposições de leis ou regulamentos?	Em parte. Nas reuniões do Conselho Deliberativo, o gasto com orçamento do Tesouro era informada apenas para quem estava na reunião (chefes e substitutos). As Atas dos CDs não eram disponibilizados para toda a comunidade do INI. Os critérios para a distribuição do orçamento não eram pactuados.
		O Portal do INI é utilizado para algumas informações de interesse da comunidade de trabalhadores e de usuários. Possui informações como cartilha de pacientes, carta de serviços e divulgação de uma ONG de apoio a pacientes soropositivos. No final de 2016 também começou a divulgar o resultado dos indicadores institucionais.
Equidade	As demandas da sociedade e dos colaboradores da organização são tratadas de forma equânime?	No Conselho Deliberativo do INI há assento reservado, com direito à voto, de um representante eleito pelos funcionários e de um representante dos usuários.
		Há um caixas de sugestões e telefone da ouvidoria disponíveis. As sugestões e críticas são levadas aos chefes dos serviços/laboratórios para análise e tomada de decisão
Prestação de Contas	As informações contábeis da organização são auditadas por Auditoria Independente?	A Auditoria Interna (Audin) é responsável pela avaliação da gestão da Fiocruz e de suas Unidades. O órgão tem o objetivo de fiscalizar e comprovar a legalidade e a legitimidade dos atos da Fundação e examinar seus resultados quanto à economicidade, eficácia e eficiência da gestão orçamentária, financeira, patrimonial, de pessoal e demais sistemas administrativos operacionais. Externamente é auditada pelo Tribunal de Contas da União e pela Controladoria Geral da União. Os relatórios encontram-se disponíveis no Site da Fiocruz.
Responsabilidade	As competências de cada membro da organização encontram-se regulamentadas em documento oficial?	Não temos as competências de cada membro da organização regulamentadas em documento oficial; apenas da direção e das vices, não encontrados para os demais perfis e competências para os outros membros, somente os perfis que constam nos editais dos concursos.

A discussão da estruturação de um modelo compartilhado de decisões teve início de forma desagregada à discussão de alteração da estrutura organizacional que é representada pelo organograma. Tal fato se deu por ser um projeto que inicialmente seria relacionado à um colegiado temático de interface entre as áreas da pesquisa e assistência, iniciado em outra gestão (2014-2017). O organograma, para fins de consulta interna, já estava consolidado. Por outro lado, a atual gestão aguarda o Congresso Interno da Fiocruz, a fim de construir seu Planejamento Estratégico e poder alterar o organograma. No entanto, nada disso inviabiliza que os colegiados sejam efetivados e posteriormente componham o organograma e a estrutura formal.

Quanto ao colegiado, o grupo de trabalho do INI, em conjunto com a assessoria construiu o Termo de Abertura do Projeto (ANEXO B), onde consta o objetivo geral, a justificativa, os benefícios para o Instituto, a identificação dos *Stakeholders*, os prazos estimados e a equipe do Projeto.

A seguir, foram construídos a árvore de problemas (ANEXO C), a Matriz Swot (ANEXO D) e o plano de ação (ANEXO E).

A árvore de problemas é uma ferramenta do planejamento que identifica um problema e relaciona suas possíveis causas e consequências ou efeitos. É um método fácil e de baixa complexidade. Além de organizar as possíveis causas e consequências do problema, agrupa os dados de origem comum e permite visualizar as causas por ordem de importância. Ao visualizar as causas, fica mais fácil traçar planos de ação.

A análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) é uma ferramenta estrutural utilizada na análise dos ambientes interno e externo da organização para a formulação de estratégias. Permite identificar as forças e fraquezas (ambiente interno, normalmente dentro da governabilidade da instituição), assim como as oportunidades e ameaças da organização (ambiente externo fora do controle do decisor que provoca impactos relevantes para o desempenho institucional). (MARTINS E MARINI, 2010)

O plano de ação é uma das ferramentas mais simples e utilizadas para acompanhar o planejamento e a execução de atividades e garantir que nenhuma tarefa. As informações básicas do projeto (etapas, responsáveis, produtos, prazos...), são colocadas em uma planilha, facilitando assim o seu acompanhamento pelo grupo.

Logo nos primeiros encontros do grupo de trabalho destinado a pensar em um modelo de colegiado de gestão do cuidado, concluiu-se que este modelo deveria ser extrapolado para toda a Instituição. A decisão baseou-se no fato de que a nova direção foi vista como uma

oportunidade de implantação de uma gestão participativa, conforme seu depoimento em sua proposta de atuação:

A concepção de que pesquisa e assistência são indissociáveis e devem ser trabalhadas de forma integrada e multiprofissional para a geração de conhecimento, foi a base de construção do INI e o que nos fez chegar até aqui. Minha maior motivação para assumir um novo período na liderança do nosso Instituto é resgatar essa concepção e o protagonismo da comunidade do INI nos processos decisórios. Precisamos ter um projeto comum de INI, crescer com harmonia, com equidade e com oportunidade para todos. Alcançaremos isso com uma **Gestão Participativa por um INI Integrado e Solidário**. (VELOSO, 2017)

Foi definido pelo grupo que deveria haver uma rotina de encontros semanais e foi fixada uma data. O consultor ressaltou a importância de um referencial teórico sobre colegiados e Unidades de Produção.

O Grupo de Trabalho realizou em todo o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas um diagnóstico sobre os encontros realizados pelas equipes de trabalho. (QUADRO 2)

QUADRO 2 – Encontros realizados pelas equipes de trabalho no INI

Área/Vice-Direção	Serviço/Laboratório	Nome da Reunião	Frequência	Integrantes	Assuntos abordados
ENSINO	Vice de Ensino	Cdezinho	Quando necessário	Todos os coordenadores e representantes das áreas de ensino	Assuntos relacionados ao ensino (planejamento de cursos, metas físicas, gestão financeira e outros).
PESQUISA	Laboratório de Pesquisa Clínica em dermatologia infecciosa	Reunião de Serviço	Mensal	Servidores médicos/pesquisadores	Casos clínicos, protocolos de atendimento, projetos de pesquisa, interface com outros laboratórios e setores, gerenciamento de recursos, participação em congressos, pactuação de metas...
SERVIÇOS CLÍNICOS	Serviço de Fisioterapia	Reunião de Serviço	mensal	com toda a equipe	Rotinas do serviço, casos clínicos, protocolos de atendimento, preceptoria, interface com outros serviços, gerenciamento de recursos, participação em cursos e congressos
			semanal	chefia e rotinas	
	Serviço de Psicologia	Reunião de Equipe	semanal	Toda a equipe	Planejamento do trabalho, atividades do ensino e assistência.
	Vice de Serviços Clínicos	Reunião de Serviços	Quinzenal	Ao menos um trabalhador de cada serviço	Cogestão dos processos e atividades de trabalho
		Discussão Multiprofissional de Casos na Internação	semanal	profissionais de referência do caso em discussão.	Aspectos relativos ao cuidado de casos complexos - escolhido para discussão pela equipe multiprofissional.
		Round Multiprofissional	3X/ Semana	profissionais e alunos (graduação e pós-graduação) envolvidos na assistência aos pacientes internados no hospital do INI.	Discussão de casos e construção de Plano Terapêutico Singular dos pacientes novos, de alta e de casos complexos.
	Reunião da Vice-Direção de Serviços Clínicos	semanal	vice-direção e chefias dos serviços clínicos	Processos de trabalho e atividades que envolvem a assistência e dependam, para deliberação, da participação de instâncias gestoras formais.	

Fonte: o autor

4 DISCUSSÃO

O Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, em alinhamento com a política da Fundação Oswaldo Cruz, reúne, atualmente de forma ordinária, o Conselho Deliberativo que é aberto à participação de toda a comunidade de colaboradores, e onde as decisões por voto são tomadas pelos chefes e coordenadores dos serviços/laboratórios de pesquisa. Realiza anualmente, com exceção dos últimos quatro anos, iniciativas como as oficinas de planejamento que são momentos de participação expressiva da comunidade de trabalhadores. No entanto, para as discussões da estratégia da Unidade, são convidados somente os servidores, que correspondem a aproximadamente 50% da força de trabalho da Instituição.

Observa-se que apesar da cultura de oficinas de Planejamento, muito pouco se avançou após seu término. As decisões não tem continuidade e volta-se à lógica tradicional da gerência: poder centralizado em chefes, controle direto sobre os funcionários, ausência de fóruns coletivos de discussão e pouca comunicação entre os setores.

A análise do organograma indicou que a lógica da gestão nos últimos anos demonstra um organograma verticalizado, com ênfase em departamentos. As Vice direções não são integradas e a comunicação entre elas é frágil. Durante a elaboração deste projeto, foram feitas várias mudanças na estrutura do INI, apenas por portarias, o que é esperado quando há mudança nas direções. Não houve alteração visual no organograma formal, o que deve acontecer após as oficinas de Planejamento Estratégico do INI.

Após análise das atas dos Congressos Internos do INI, encontramos 5 CDs extraordinários e 3 ordinários, todos eles chamados ampliados, ou seja, estendidos aos chefes dos serviços. Quanto ao caráter dos encontros, somente em dois deles, houve alguma deliberação com voto: em um votou-se que os encontros do CD seriam mensais, o que não foi cumprido e, em outro definiu-se sobre uma carta de intenções a ser entregue às candidatas à presidência da Fiocruz. Nos outros, o caráter foi essencialmente informativo. Identificamos nesta análise que o CD não cumpre o seu papel de gerar políticas e decisões estratégicas e que, na maior parte das vezes está limitado às decisões corriqueiras do dia a dia. Atualmente, os temas debatidos no Conselho Deliberativo do INI estão sendo divulgados antecipadamente permitindo o debate antecipado dos mesmos. Esta era uma crítica quanto à gestão anterior que foi corrigida.

O Termo de Abertura do Projeto (ANEXO B) orienta para o seguinte objetivo: Criar um modelo de gestão compartilhada e participativa no INI que fortaleça a participação dos diversos atores na análise e cogestão dos processos de trabalho. A ideia inicial era instituir um

colegiado de gestão, no entanto por decisão da alta gestão optou-se por mudar o escopo do projeto. Tal mudança baseou-se no fato de que seria importante que o planejamento estratégico do INI acontecesse primeiro, o que deve ocorrer somente em janeiro de 2018, após o término do Planejamento Estratégico da Fiocruz. Além disso, foi constatado que não havia uma participação representativa dos funcionários da Instituição para que fosse alavancada uma mudança tão importante e segundo Bernardes (2012),

uma implementação bem sucedida implica que a maioria dos envolvidos apoie e se comprometa com o modelo, já que comprometimento leva à responsabilidade compartilhada. A implementação só é efetiva se o modelo é integrado na prática diária e cria raízes através das ações concretas de vários atores sociais. (Bernardes e col, 2012, p.6)

Durante todo o processo inicial, constatou-se que a comunicação inadequada, muitas vezes trouxe ruídos que atrapalharam a condução do trabalho pelo grupo.

Bernardes e col. (2012) relatam que a comunicação é usada para transmitir fatos e informações; expressar necessidades e sentimentos; focar na influência, poder, manipulação e gerenciamento de conflitos, construir alianças e neutralizar a oposição; e permitir que as pessoas falem de suas histórias e desejos. Ou seja, pode ser usada de forma negativa ou positiva. Importante inserir na discussão pessoas que trabalham com a comunicação formal e outras que tenham grande poder de influência.

Quanto à nova direção da Instituição, constatamos que o processo de mudança de gestão no INI, ocorrido este ano, com seu trâmite (campanha, eleição, posse, primeiros momentos da gestão, etc.) produziu um descompasso na apropriação da nova gestão da discussão que vinha ocorrendo no âmbito do projeto e validasse sua continuidade.)

O papel do gestor é de sempre estimular a decisão e a responsabilidade de cada um, descentralizando o poder entre os componentes do grupo ou equipe. Não é processo simples ou fácil e gera insegurança tanto em quem está na direção do processo, quanto em quem está ‘na ponta’, mas é um passo importante para maior eficiência e eficácia do projeto, tal como para a construção da responsabilidade e da solidariedade. (GALLO, 2009, p.46)

Durante os encontros da equipe de trabalho, identificou-se ausência de muitos colaboradores importantes neste processo. Muitos foram convidados, mas não “seduzidos” e depois de uma ou duas reuniões, não foram mais. A direção da Instituição mostrou esta mesma preocupação a fim de legitimar o processo.

Uma organização mobiliza três dimensões importantes na busca por seus objetivos: a infraestrutura material, representada pelo espaço físico e equipamentos disponíveis, os métodos e técnicas que conhece e tem à sua disposição, e a cultura organizacional, que espelha seus valores e práticas. A combinação destas dimensões

é responsável pela maior ou menor aceitação de um projeto e pela capacidade de sua implementação. (GALLO, 19, p.42)

Abaixo, propomos algumas etapas importantes para a instituição de um modelo de Gestão compartilhada e participativa, como orienta Campos (1998):

- Criação de “Unidades de Produção” que são estruturas que concentram profissionais de várias categorias que estão envolvidos com um mesmo tipo de trabalho. Seriam estruturas que substituem os serviços de categorias profissionais, serviço médico, de enfermagem, etc. e seriam definidos pelos próprios trabalhadores, exercendo o processo de gestão participativa.
- Estas “Unidades de Produção” podem ter um ou dois coordenadores que em conjunto com os profissionais construiriam planos de trabalho que devem ser avaliados periodicamente, em uma lógica ao mesmo tempo democrática e produtora de compromissos e responsabilidades. Cada Unidade de produção pode compor um colegiado, dependendo do tamanho ou até mesmo juntar-se a outra Unidade de Produção se o tipo de trabalho for similar.
- Ao coordenador cabe a direção executiva, cuidando para que as ações definidas pelo colegiado sejam realizadas. Ele é responsável também pelas decisões do dia a dia que não são levadas ao colegiado, mas que estão baseadas nas definições previamente estabelecidas no colegiado. O coordenador participa, junto com outros coordenadores de outras Unidades de Produção, do grande colegiado da Direção. Campos propõe um desenho desta estrutura organizacional no anexo.
- Com a finalidade de modificar a cultura organizacional é desejável que os encontros do colegiado tenham periodicidade estabelecida dentro do período normal do trabalho. Nestes encontros discutem-se as necessidades de saúde, a divisão de tarefas e responsabilidades e em seguida elaboram-se planos, modelos de atenção, programas e metas.
- É desejável que as metas sejam transcritas em indicadores a fim de analisar o trabalho, abrindo vislumbres críticos sobre o modo anterior de trabalhar.
- Recomenda-se também a instituição de supervisão matricial como um agente externo à Unidade de produção que estimule e apoie a reflexão crítica e a educação permanente. Pode ter um caráter mais técnico, um especialista ou alguém que instrumentalize o grupo para a participação na gestão.

- É desejável que se estimule a criação de um Conselho local de saúde com a mesma distribuição de participantes dos Conselhos Municipais (50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores)
- Instituir e apoiar a criação de espaços de discussão de casos em equipes multiprofissionais, para elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para os pacientes, incluindo e valorizando as dimensões subjetivas (desejos e interesses, valores, etc.) e sociais dos pacientes. Esta é outra forma de aumentar o grau de Democracia Institucional, pela diminuição da diferença de poder entre os vários profissionais e entre os profissionais e os usuários.
- Estimular a prática cotidiana da Democracia Institucional, valorizando os momentos de discussão, rodas de conversa, tomada de decisões compartilhadas, educação permanente, etc.

Também consideramos importante exercer esforços para desenvolver estratégias que estimulem a comunicação intra e interunidades. (BERNARDES e col.2012, p.5).

Propomos que a reestruturação da governança inclua os colegiados como parte da governança deliberativa e um Conselho de Saúde que contemple os usuários do sistema de saúde, pois o modelo de governança deve estar afinado com as prioridades do cliente final, que é a sociedade. Deve ser aberto, integrador, que não tenha um fim em si mesmo e que proporcione cooperação, confiança, reciprocidade, complementariedade de informações por parte dos atores envolvidos, sustentabilidade e participação efetiva de todos os interessados.

No entanto, as etapas acima são apenas sugestões, já que nada impede que o coletivo queira inventar algo novo, decorrente das impressões e análises realizadas e adaptadas à realidade do mesmo. O essencial é que o modelo seja bom para todos, usuários, trabalhadores e organização. Uma gestão compartilhada só existe quando os vários dispositivos existentes, as várias “rodas” são integradas e funcionam como elemento de inclusão de todos.

Neste contexto, esperamos que o modelo de governança compartilhada e participativa proposto traga decisões mais democráticas, uma melhora no ambiente institucional, com aumento da motivação e participação dos colaboradores e, por conseguinte, maior responsabilidade com os processos instituídos. A maior parte dos trabalhadores sentindo-se criadora dos modelos testados, o que tende a alavancar a inovação dentro da instituição. Espera-se que a distribuição orçamentária dentro dos diferentes serviços e laboratórios possa ser discutida também de uma forma participativa, com critérios claros e pactuados entre todos os atores.

Espera-se aumento do orgulho profissional, compromisso e dedicação ao paciente. Ver o usuário como parte da instituição e incluindo o mesmo dentro do seu plano de cuidado. Espera-se aumento verdadeiro do vínculo entre cuidador e usuário, com responsabilização, prolongando o cuidado para além do ambiente hospitalar.

Este modelo propicia um ambiente de Educação Permanente, formal e informal, graças aos vários espaços onde há troca de informações e saberes. Espera-se um amadurecimento dos trabalhadores, um aumento na capacidade de ouvir e expor críticas.

Neste modelo, há maior possibilidade de aumento da comunicação institucional já que permite maior integração. Espera-se diminuir a fragmentação do trabalho encontrada na Instituição. Espera-se que os dispositivos existentes e os que serão criados sejam formas de inclusão, de reconhecimento dos poderes, saberes e afetos que estão presentes nas relações de trabalho.

Dentro do que a Fundação Oswaldo Cruz propôs no Relatório do VII Congresso Interno, esperamos por maior participação do usuário nas decisões institucionais, através de um Conselho de Saúde que tenha representantes da Sociedade civil organizada e outras formas como ouvidoria e participação pelas mídias sociais. A presença dos usuários pode ser uma fonte orientadora de que tipo de aluno precisamos formar para o SUS e quais tipos de cursos e capacitações podemos oferecer para os usuários.

A análise da atual estrutura de governança mostrou que a mesma precisa ser reestruturada permitindo uma interligação entre as áreas e conseqüentemente decisões mais democratizadas. Além disso, a face da governança deliberativa, representada pelo CD deve propor políticas para as áreas meio e finalísticas além de tomar decisões estratégicas.

Quanto aos princípios para uma boa governança, propostos pelo IBGC, as instâncias colegiadas podem ser o *locus* de discussão para sugestões de alcance de maior transparência, equidade, responsabilidade e prestação de contas. Propomos que a partir das instâncias colegiadas, toda a estrutura de governança seja reavaliada, seu regimento interno e organograma. A eleição do Diretor está de acordo com o que propõe o modelo de governança do IBGC e é uma grande alavanca de todo o processo de gestão compartilhada e participativa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação de estruturas colegiadas não é uma tarefa fácil. É necessário o rompimento de velhos paradigmas como a concentração do poder nos chefes, a lógica dos serviços divididos por categorias profissionais, a falta de comunicação tanto entre serviços em relação horizontal de poder, quanto entre os distintos níveis hierárquicos, entre outros.

A proposta da atual Direção inclui o tema da Gestão Participativa mas aguarda o Congresso Interno da Fundação Oswaldo Cruz e a definição do Plano quadrienal da Instituição para realizar a oficina de Planejamento interno do INI. Entretanto, já trabalhamos com vários dispositivos que permitem uma maior participação de usuários e trabalhadores nas decisões institucionais. Entendemos que os próximos passos sejam direcionados a uma maior discussão dos conceitos e referenciais teóricos de uma gestão compartilhada e a uma ampliação do grupo para posterior pactuação das ações seguintes.

Qualquer mudança requer esforço. Segundo Soares (2016), Kurt Lewin na década de 40 propôs um dos modelos fundamentais para a compreensão da mudança organizacional que continua sendo utilizado até hoje e que consiste no entendimento das três fases da mudança: A primeira seria preparar a organização para aceitar que é necessária a mudança, envolve a quebra do “status quo” existente antes de construir uma nova forma de operar; a segunda compreende o momento em que as pessoas começam a resolver suas incertezas e procurar novas maneiras de fazer as coisas, nesta fase as pessoas começam a acreditar e agir de forma a apoiar a nova direção apontada e a última seria a fase de institucionalizar a mudança, ou seja, retornar o ambiente a uma estrutura de trabalho estável, com descrição e procedimentos consistentes, buscar um novo equilíbrio

Toda mudança implica em algum tipo de rejeição. O líder precisa entender isso e conhecer o processo de mudança. Para Kotter (2007, apud Santos, 2014, p.14), a principal lição a ser aprendida com os casos mais bem-sucedidos é que o processo de mudança passa por uma série de fases que normalmente necessitam de um período de tempo considerável, e que pular etapas cria apenas a ilusão de rapidez e nunca produz um resultado satisfatório. Kotter (1996, 2007, apud Santos, 2014, p.22) cita erros fatais em um processo de mudança e entre eles estão o não comprometimento do topo hierárquico com a mudança, a falta de visão no direcionamento e alinhamento dos esforços da visão, falhas na comunicação. O aprofundamento no tema e o conhecimento dos possíveis erros podem evitar que o processo de mudança resulte em fracasso.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, supl.2, 2009.

BERNARDES, A.; CUMMINGS, G.; ÉVORA, Y.D.M; GABRIEL, C.S. Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do modelo de gestão participativa em um hospital público. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, 20(6)[10 telas], nov-dez, 2012.

BRASIL. Decreto n. 10.252, de 14 de agosto de 1942. Aprova o Regimento do Instituto Oswaldo Cruz. Senado Federal - Secretaria de Informação. Rio de Janeiro, 14 de agosto de 1942. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=23059&norma=38394>>. Acesso em: 24 set. 2017.

BRASIL. Decreto n. 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 12 jul. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2006/Decreto/D5839.htm#art16>. Acesso em: 13 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2376 de 15 de dezembro de 2003. Aprova o Regimento Interno da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 de dez. 2003, p. 77

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, out-dez, 1998

CAMPOS, G.W.S. Paidéia e a gestão: indicações metodológicas sobre o apoio. In _____ **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec Editora. 2003.185 p

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 5ª edição. São Paulo: Hucitec Editora. 2015. 236 p

CAMPOS, G.W.S; FIGUEIREDO, M.D; JÚNIOR PEREIRA, N.; CASTRO, C. P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**. 2014; 18 Supl 1:983-95. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0983.pdf> >. Acesso em: 02 mai. 2017.

CECÍLIO, L.C.O. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4 (2): 315-329, 1999.

CECÍLIO, L.C.O. Colegiado de Gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V.26(3), p.557-566, mar. 2010.

CECÍLIO, I.; MERHY, E.E. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A; CAMARGO, K. (Orgs.). **Construção da integralidade, cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p.197-210

CUNHA, G.T; CAMPOS G.W.S. Método Paidéia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

CÓDIGO DAS MELHORES PRÁTICAS DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. 5 Ed./ Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. São Paulo, SP: IBGC, 2015.

DUARTE, N.F.S. **Mintzberg e o desenho organizacional**. Instituto Politécnico de Coimbra. Departamento de Engenharia Civil, 2006.

ESTEVES, F. **Estrutura de Mudança da Gestão Administrativa**. Rio de Janeiro, 02/08/2016. 23 slides. Apresentação em PowerPoint.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Relatório final do VI Congresso Interno da Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ. 2010

_____. Relatório final do VII Congresso Interno da Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ. 2015

GALLO, E. **Gestão Pública e Inovação: Tecnologias de Gestão e a Reinvenção do Cotidiano Organizacional**. 2009. 92f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MARQUES, Maria da Conceição da Costa. Aplicação dos princípios da governança corporativa no setor publico. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 11-26, abr./jun. 2007.

MARTINS, H. F.; MARINI, C. **Um guia de governança para resultados na administração pública**. Publix Editora, 2010. 262 p

MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde** – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A.T., SANTOS, A. F., CAMPOS, C.R., MALTA, D.C., MERHY, E.E. (Orgs.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-120. parte II

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. Tradução de Cyro Bernardes. São Paulo: Editora Atlas. 1995.

MOTTA, P.R. Formulação de políticas e definição de objetivos: imposições do contexto administrativo. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Parte 2, cap.1, p.105-112.

PINTO, C.A.G. **Avaliação da implantação da Clínica Ampliada e Equipes de Referência em um serviço especializado em DST/AIDS, utilizando-se a triangulação de métodos** .

2010. 357 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo.

PINTO, C. A. G. **Documento Técnico sobre o Apoio Institucional como metodologia na estruturação de Colegiados Gestores da Atenção Básica no Distrito Federal, produzindo elementos de intervenção e modelo de atenção para populações estratégicas e/ou vulneráveis**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Brasília, 2015.

POSSA, L. B.; CORTES, S. M. V. Mecanismos de Participação e Atores Sociais em Hospitais: o caso do Grupo Hospitalar Conceição-RS. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.59-70, 2012.

SANTOS, M.A. S. **O Modelo de Kotter: os profissionais e a mudança**. 2014. 117 f. Dissertação (Mestrado em Gestão) – Universidade de Évora, Escola de Ciências Sociais, Lisboa.

SOARES, P. F. **Gestão de mudanças organizacionais**. Rio de Janeiro, 15/08/2016. 68 slides. Apresentação em PowerPoint

TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica**. Tradução de Arlindo Vieira Ramos. 8 ed. São Paulo: Editora Atlas, 1990.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Governança Pública: Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública e Ações Indutoras de Melhoria**. Brasília, 2014. 98 p.

VELOSO, Valdiléa. **Plataforma de candidatura**. Disponível em: <https://valdilea2017.blog/home/>. Acesso 27 agosto 2017.

7 Anexos

ANEXO A – Organograma Atual do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

Participativa

GESTOR DO PROJETO: Dayvison Francis S. Freitas

PATROCINADOR: Diretora do INI

DATA DE APROVAÇÃO: 28/03/2017 – Atualizado em 27-09-2017

Escopo do Projeto (Objetivo geral)

Criar uma proposta de modelo de gestão colegiada no INI que fortaleça a participação dos diversos atores na análise e cogestão dos processos de trabalho.

Justificativa do Projeto (Problema/oportunidade)

Atualmente, existem alguns espaços de gestão compartilhada no INI. A ampliação destes espaços contribuirá para maior participação, aprendizado e responsabilização na tomada de decisões.

Benefícios para o Instituto:

- A) Gestão compartilhada
- B) Otimização e melhoria dos processos
- C) Integração dos setores
- D) Melhoria da comunicação
- E) Efetividade na tomada de decisões nas instâncias competentes

Stakeholders (Partes Interessadas)

a) **Nome:** Valdiléa Veloso

Cargo/Função: Diretora do INI

b) **Nome:**

Cargo/Função: Chefes dos Serviços, Laboratórios e Vice-Diretores

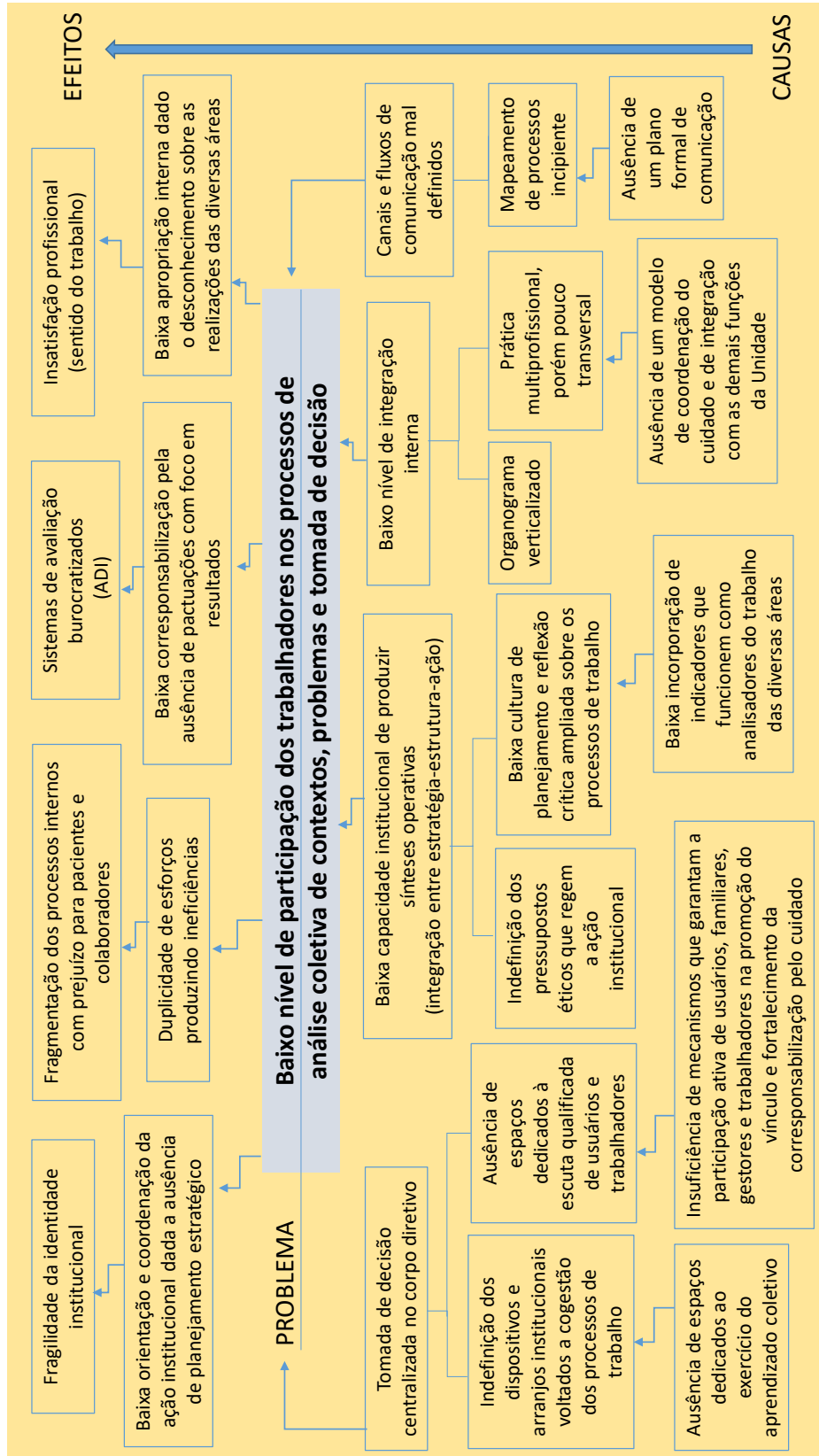
Prazos estimados:

Data Início: 01/04/ 2017

Data Final: 31/10/ 2017

Equipe do Projeto: proposta do Gestor do Projeto

ANEXO C – Árvore de problemas do Projeto Colegiado



CONTEXTO INTERNO	CONTEXTO EXTERNO
PONTOS FORTES	OPORTUNIDADES
Descrição das potencialidades do setor, tais como: Democracia institucional como um valor estabelecido pela atual direção; Expertise da pesquisa clínica, contando com equipes com bastante experiência em cooperação nacional e internacional, técnica e operacional; Experiência em parcerias para a condução de estudos em redes de serviços de saúde e comunitárias; Experiências em espaços de formulação e definição de políticas na abordagem de doenças infecciosas em âmbito nacional; Processo de formação baseado em metodologias ativas de ensino, promovendo uma maior interação entre os trabalhadores do INI, ampliando o grau de comprometimento e adesão das equipes às iniciativas propostas;	Descrição das situações potencialmente favoráveis, que devem ser exploradas, tais como: Democracia institucional como um valor estabelecido pela Fiocruz em suas diretrizes institucionais; Existência do macroprojeto do Instituto de Infecção no plano institucional apontando desafios de governança; Existência de uma Política Nacional de Humanização contendo proposições acerca da incorporação de arranjos e dispositivos de gestão nas instituições públicas de saúde; A discussão crescente do complexo econômico e industrial da saúde e a demanda para avaliação de tecnologias em saúde; Conhecimento Técnico-científico fomentando inovação e parcerias (Lei de Inovação);
PONTOS FRACOS	
Descrição das vulnerabilidades do setor, tais como: Ausência de espaços colegiados de gestão no INI; Baixo grau de desenvolvimento das equipes nas temáticas relacionadas à gestão de coletivos organizados de saúde; Ausência de um Plano de Capacitação estruturado e com foco no desenvolvimento de competências para os profissionais do INI; Falta clareza quanto às potencialidades a serem aproveitadas no âmbito do Proadi; Estrutura física da unidade nem sempre compatível com as Boas Práticas Clínicas; Insuficiente mapeamento de competências internas à unidade; Ausência de um modelo de gestão baseado em monitoramento e avaliação de processos e projetos; Ausência de um Plano de Comunicação interna e externa; Fragmentação dos processos internos; Insuficiente articulação interna, com as demais unidades da Fiocruz e com a rede de atenção à saúde; Ausência de um modelo de gestão do cuidado e de integração funcional.	Credibilidade da instituição Fiocruz; A inserção do Instituto Nacional de Infecção na Fiocruz; Intenção do MS de trabalhar com Institutos Nacionais como parte da rede de saúde; Existência de lacunas a serem preenchidas na área da infectologia na política nacional (MS).
	AMEAÇAS
	Descrição das situações potencialmente desfavoráveis, que devem ser neutralizadas, tais como: Falta de consenso sobre o escopo-conceito da Pesquisa Clínica na Fiocruz e suas interfaces; Evasão de profissionais para outras instituições e ou demais Unidades da Fiocruz; Baixa atratividade para captação de pessoal qualificado; Dificuldade de captação de recursos de investimento; Descompasso entre o desenvolvimento de novos modelos de organização e gestão do cuidado e a prática clínica; Limitações quanto à qualificação de pessoal terceirizado; Pouca articulação entre os projetos desenvolvidos na instituição, com expertises dispersas, provocando fragmentação e duplicidade de iniciativas; Baixa percepção sobre o papel dos Institutos da Fiocruz no cenário nacional (percepção de ameaça - CIN).

Ações Previstas				
O que fazer?	Como fazer?	Produto da Ação	Status	Quanto custará?
Levantamento bibliográfico	Busca em livros texto, artigos científicos, documentos de outros institutos da Fiocruz (Benchmarking)	Lista de referências	INI	
Mapeamento de atores	Conversa com referências setoriais	Opinião dos atores - referência	INI	
Apresentação da proposta inicial de gestão colegiada à Diretora	Conversa com atores, equipe e Direção	Aval da direção	INI	
Identificar a estrutura funcional vigente para embasar propostas de Unidades de Produção	Reunir com coordenadores das áreas	Matriz do modelo operacional do INI	INI	
Grupos focais e entrevistas de profundidade	Reunião da equipe do projeto de gestão colegiada e discussão conceitual sobre o próprio tema do projeto	Conceito fundamentado de Colegiado	INI	