

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – MAP**

**CARLOS ROBERTO PINTO PEREIRA**

**IMPLANTAÇÃO DA COGESTÃO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE FEDERAL NO  
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:  
AVANÇOS E DESAFIOS E SEUS EFEITOS NA MOTIVAÇÃO**

Rio de Janeiro

2018

**CARLOS ROBERTO PINTO PEREIRA**

**IMPLANTAÇÃO DA COGESTÃO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE FEDERAL NO  
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:  
AVANÇOS E DESAFIOS E SEUS EFEITOS NA MOTIVAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Governança e Administração Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Maria Fleury Teixeira.

Rio de Janeiro

2018

Pereira, Carlos Roberto Pinto

Implantação da cogestão em uma unidade de saúde federal no município do Rio de Janeiro : avanços e desafios e seus efeitos na motivação / Carlos Roberto Pinto Pereira. – 2018.

103 f.

Dissertação (mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa.

Orientador: Sônia Maria Fleury Teixeira.

Inclui bibliografia.

1. Administração pública. 2. Governança. 3. Mudança. 4. Cultura organizacional. I. Teixeira, Sônia Maria Fleury. II. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. III. Título.

CDD – 351

**CARLOS ROBERTO PINTO PEREIRA**

**IMPLANTAÇÃO DA COGESTÃO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE FEDERAL NO  
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:  
AVANÇOS E DESAFIOS E SEUS EFEITOS NA MOTIVAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Administração Pública da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas para obtenção do grau de Mestre em Administração Pública.

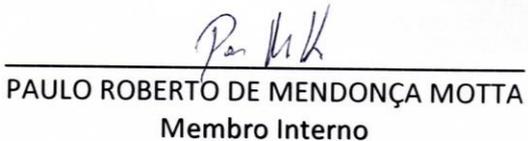
Área de concentração: Governança e Administração Pública.

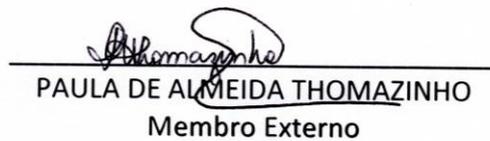
Orientadora: Profa. Dra. Sônia Maria Fleury Teixeira.

Aprovada em 14 de junho de 2018 pela comissão organizadora.

**ASSINATURA DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA**

  
SONIA MARIA FLEURY TEIXEIRA  
Orientador(a)

  
PAULO ROBERTO DE MENDONÇA MOTTA  
Membro Interno

  
PAULA DE ALMEIDA THOMAZINHO  
Membro Externo

## AGRADECIMENTOS

---

Agradeço a Deus por mais uma vez ter me colocado à frente de um desafio tendo a certeza de que eu seria capaz de vencê-lo.

Agradeço à orientadora Sônia Fleury por ter me orientado e por estar sempre disponível para me guiar neste percurso.

Agradeço à família que sempre está presente, me apoiando e entendendo que crescemos juntos nas adversidades.

Agradeço à esposa, que ao longo de 30 anos está ao meu lado, com palavras de incentivo e de amor.

Agradeço aos filhos, que são muito importantes para seguir em frente nesta trajetória.

Agradeço aos meus pais e irmãos, que participaram da construção da pessoa que hoje sou.

Agradeço aos amigos do mestrado. Estivemos juntos nos bons momentos e nos momentos difíceis.

Ao Carlos e à Roberta, funcionários da FGV/EBAPE, pela disponibilidade e suporte.

À Fiocruz, pois o presente trabalho foi realizado com apoio da Escola Corporativa Fiocruz, no âmbito do Programa de Desenvolvimento Gerencial (PDG).

*Olhar para trás após uma longa caminhada pode fazer perder a noção da distância que percorremos, mas se nos detivermos em nossa imagem, quando a iniciamos e ao término, certamente nos lembraremos o quanto nos custou chegar até o ponto final, e hoje temos a impressão de que tudo começou ontem. Não somos os mesmos, mas sabemos mais uns dos outros. E é por esse motivo que dizer adeus se torna complicado! Digamos então que nada se perderá. Pelo menos dentro da gente...*

João Guimarães Rosa

## RESUMO

---

**Objetivo** – O objetivo geral é identificar os avanços e os desafios decorrentes do processo de implantação de um novo modelo de gestão, bem como os seus efeitos na motivação das pessoas envolvidas. Em seus objetivos específicos, o trabalho pretende identificar o grau de participação dos entrevistados no modelo gerencial de cogestão e o quanto eles se encontram motivados nesse novo ambiente em que estarão sofrendo a influência dos diferentes graus hierárquicos da gestão e as barreiras impostas pela cultura organizacional.

**Metodologia** – A abordagem é qualitativa e os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, nas quais buscou-se identificar as características do fenômeno estudado. Os dados coletados foram tratados por meio da análise de conteúdo.

**Resultados** – Como resultado da análise dos dados foi possível identificar quais são os avanços e desafios percebidos pelos membros dos colegiados de Área de Atenção e como estão motivados os profissionais no que diz respeito à implantação do novo modelo e em relação à sua prática profissional.

**Contribuições práticas** – A aplicabilidade da pesquisa se mostra bastante relevante, já que com a identificação dos fatores intervenientes no processo de implantação de um novo modelo gerencial, em que se aponta o que foi percebido como avanço, como desafio e quais são os seus efeitos na motivação, é possível aplicar recursos nos pontos que precisam ser revisitados e potencializar os que estão tendo um efeito positivo. Isso significa um ganho na direção de melhor investimento dos recursos.

**Contribuições sociais** – A identificação dos fatores que influenciam na reformulação do modelo de gestão e nos efeitos que se tem na motivação pode indicar um caminho seguro para uma melhor aplicação de recursos e melhoria dos serviços que são ofertados à população.

**Originalidade** – A estrutura hospitalar é pouco permeável a mudanças, e as tentativas de implementá-las são traumáticas. A identificação dos avanços e desafios durante o processo de implantação da cogestão é um campo pouco explorado, principalmente quando se associam a esses dados os efeitos na motivação.

**Palavras-chave:** Cogestão; Avanços; Desafios; Motivação.

**Categoria do artigo:** Dissertação de Mestrado.

## ABSTRACT

---

**Purpose** – The overall objective is to identify the advances and the challenges during the process of implantation a management model co-management and what its effects are on the motivation of the people involved. In its specific objectives, the study sought to identify the degree of participation of the interviewees in the co-management managerial model and how motivated they are in this new environment in which they will be suffering the influence of different hierarchical levels of management and the barriers imposed by the organizational culture.

**Design/Methodology** – The approach is qualitative and data were collected through semi-structured interviews in which it was attempted to identify the characteristics of the studied phenomena the data collected were treated using the technique of content analysis.

**Findings** – As a result of the data analysis, it was possible to identify the what are the perceived advances and challenges by the members of the Attention Area collegiate and how the professionals are motivated with regard to the implementation of the new model and in relation to their professional practice.

**Practical implications** – The applicability of the research show itself quite relevant, as the identification of the intervening factors in the process of implantation of a new managerial model, in which it is pointed out what was perceived as advancement and what was perceived as a challenge and which are its effects on motivation, it is possible to apply resources at the points that need to be revisited and to potentiate those that are having a positive effect. What means a gain in the direction of better investment of resources.

**Social implications** – The identification of the factors that influence in the reformulation of the management model and in the effects of motivation can indicate a safe route for a better application of resources and improvement of the services that are offered the population.

**Originality** – The hospital structure is a structure little permeable to the changes and attempts to implement them are traumatic. The identification of the advances and challenges during the process of implementation of co-management is little explored field, mainly if it is associated with these data its effects on motivation.

**Keywords:** Co-management; Advances; Challenges; Motivation.

**Paper category:** Master's thesis.

## LISTA DE FIGURAS

---

<b>Figura 1.</b> Desenho esquemático da vice-direção à saúde.....	32
<b>Figura 2.</b> Formas de interação possíveis num ambiente complexo - Modelo de Jantsch .....	55

## LISTA DE QUADROS

---

<b>Quadro 1.</b> Distribuição dos sujeitos entrevistados por titulação acadêmica .....	33
<b>Quadro 2.</b> Distribuição entre os grupos .....	33
<b>Quadro 3.</b> Distribuição dos participantes por Áreas de Atenção .....	34
<b>Quadro 4.</b> Categorias iniciais e intermediárias que formam a categoria Democratização da informação.....	38
<b>Quadro 5.</b> Categorias iniciais e intermediárias que formam a categoria Regulamento para o funcionamento do colegiado .....	43
<b>Quadro 6.</b> Categorias iniciais e intermediárias que formam a categoria Deliberação ponderada colegiada.....	47
<b>Quadro 7.</b> Categorias iniciais e intermediárias que formam a categoria Interdependência.....	51
<b>Quadro 8.</b> Categorias iniciais e intermediárias que formam a categoria Colaboração .....	55
<b>Quadro 9.</b> Apresenta as categorias iniciais e intermediárias que formam a categoria liderança.....	61
<b>Quadro 10.</b> Categorias iniciais que formam a categoria intermediária Gestão democrática e a categoria final Avanços .....	66
<b>Quadro 11.</b> Categorias iniciais que formam a categoria intermediária Democracia no trabalho e a categoria final Avanços .....	68
<b>Quadro 12.</b> Categorias iniciais que formam a categoria intermediária Informação e comunicação no processo de trabalho e a categoria final Avanços .....	69
<b>Quadro 13.</b> Categorias iniciais que formam a categoria intermediária Execução/Prática e a categoria final Desafios .....	71
<b>Quadro 14.</b> Categorias iniciais que formam a categoria intermediária Planejamento/Desenho do modelo de gestão e a categoria final Desafios.....	73
<b>Quadro 15.</b> Categorias iniciais que formam a categoria intermediária Cultura organizacional e a categoria final Desafios .....	74
<b>Quadro 16.</b> Categorias iniciais que formam a categoria intermediária Regras/Normas e a categoria final Desafios .....	75

<b>Quadro 17.</b> Categorias iniciais que formam as categorias intermediárias Comprometimento dos gestores e profissionais e a categoria final Desafios .....	76
<b>Quadro 18.</b> Categorias iniciais que formam a categoria intermediária Ambiente facilitador e a categoria final Motivação .....	78

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

---

<b>AAC</b>	Área de Atenção Clínica à Criança
<b>AACCIR</b>	Área de Atenção à Criança Cirúrgica
<b>AAG</b>	Área de Atenção à Gestante
<b>AAM</b>	Área de Atenção à Mulher
<b>AARN</b>	Área de Atenção ao Recém-nascido
<b>CEPH</b>	Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres humanos
<b>FGV</b>	Fundação Getúlio Vargas
<b>GA</b>	Grupo de Apoio
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PSEM</b>	Profissional de Saúde da Equipe Multiprofissional
<b>PSM</b>	Profissional de Saúde Médico
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

---

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2 PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>18</b>
2.1 Justificativa.....	18
2.2 Objetivo geral .....	18
2.3 Objetivos específicos.....	18
2.4 Definição dos limites do problema .....	19
2.5 Hipótese .....	19
2.6 Resultados esperados .....	19
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>20</b>
3.1 O Hospital como organização complexa.....	20
3.2 Cogestão em serviços de saúde.....	21
3.3 Gestão de rede .....	24
3.4 Motivação.....	26
3.5 O processo em curso.....	28
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>30</b>
4.1 Tipo de pesquisa .....	30
4.2 Campo de pesquisa.....	31
4.3 Participantes/Amostra .....	32
4.3 Coleta e tratamento dos dados .....	34
4.4 Limitações do método .....	35
<b>5 ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>37</b>
5.1 Capítulo I – Categorias analíticas relacionadas à construção e à dinâmica do espaço colegiado .....	37
5.1.1 <i>Categoria Democratização da informação (alcance e qualidade)</i> .....	37
5.1.2 <i>Categoria Regulamento para o funcionamento do colegiado</i> .....	42
5.1.3 <i>Categoria Deliberação ponderada colegiada</i> .....	47

<b>5.1.4 Categoria Interdependência .....</b>	<b>50</b>
<b>5.1.5 Categoria Colaboração .....</b>	<b>54</b>
<b>5.1.6 Categoria Liderança .....</b>	<b>59</b>
<b>5.2 Capítulo II – Categorias analíticas relacionadas à percepção dos colaboradores – Avanços e desafios da cogestão .....</b>	<b>65</b>
<b>5.2.1 Categoria Avanços .....</b>	<b>66</b>
5.2.1.1 Categoria intermediária Gestão democrática .....	66
5.2.1.2 Categoria intermediária Democracia no trabalho .....	68
5.2.1.3 Categoria intermediária Informação e comunicação no processo de trabalho .....	69
<b>5.2.2 Categoria Desafios .....</b>	<b>70</b>
5.2.2.1 Categoria intermediária Execução/Práticas.....	71
5.2.2.2 Categoria intermediária Planejamento/Desenho do modelo de gestão.....	72
5.2.2.3 Categoria intermediária Cultura organizacional.....	74
5.2.2.4 Categoria intermediária regras/normas .....	75
5.2.2.5 Categoria intermediária Comprometimento dos gestores e profissionais .....	76
<b>5.3 Capítulo III – Motivação.....</b>	<b>78</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE A - Dados exploratórios .....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE B - Roteiro de entrevista .....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICE C Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>101</b>

## 1 INTRODUÇÃO

---

A reformulação da gestão é um grande desafio da administração pública, fazendo-se necessária à medida em que se exige maior transparência e uma participação mais forte da população nos processos decisórios e de acompanhamento de políticas públicas (SILVA; CRUZ; MELO, 2007).

Uma unidade hospitalar é uma instituição complexa e desafiadora, visto que para seu perfeito funcionamento exige um número enorme de serviços de alta complexidade na atividade-fim e uma enorme complexidade nas atividades-meio (QUINHÕES, 2008).

Nesse contexto, uma unidade hospitalar localizada no município do Rio de Janeiro, após decisão da direção, em 2011, celebrou um convênio com o Ministério da Saúde para que fossem implantadas as diretrizes da Política Nacional de Humanização. Ela tem como missão promover a saúde da mulher, da criança e do adolescente por meio de ações integradas e articuladas para melhorar a qualidade de vida desses grupos. Isso é realizado através de ações de pesquisa, de ensino, de assistência e atenção integral à saúde, de cooperação técnica em nível nacional e internacional e de desenvolvimento e avaliação de tecnologias. Todas essas ações culminam com a oferta de subsídios para a execução e a formulação de políticas públicas nacionais.

Inicialmente, a instituição começa um trabalho de reavaliação de sua estrutura de gestão, valorizando a aproximação da atenção com a gestão, utilizando para isso a cogestão, que coloca em discussão a organização das equipes. Esse trabalho de reavaliação revela que o modelo até então adotado é promotor de fragmentação e distanciamento entre gestores, profissionais, equipes e destes com os usuários, gerando a necessidade de novas estratégias para a construção de uma gestão efetivamente mais democrática (ALBERNAZ; MARINEZ, s.d.).

O modelo de cogestão apresentado neste estudo para ser implantado é o descrito por Gastão Wagner de Souza Campos (1998), e traz como cerne do modelo a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão. Nesse modelo, a gestão é exercida por um conjunto ampliado de sujeitos que compõem a organização, e se assume o preceito de que todos são gestores de seus processos de trabalho. Para

tanto, são necessárias a adição de novas funções e a adição de novos sujeitos na gestão (CALDERON; VERDI, 2014).

Esses dois movimentos de adição significam o alargamento conceitual do que se entende como gestão. Em um dos movimentos, o de inclusão de novos sujeitos no processo de gestão, esta deixa de ser exercida por poucos (oligo-gestão) e passa a ser exercida por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização. Assume-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho” (CALDERON; VERDI, 2014, p. 862).

O outro movimento recompõe as funções da gestão que, além de manter a organização funcionando, passa a ter por tarefas:

- fazer a gestão ser um importante espaço para a problematização dos modelos de operar e agir institucional. Isto é realizado a partir da análise da instituição e da produção de analisadores sociais;
- tornar a gestão também um espaço de criação, de formulação de projetos;
- tornar a gestão um espaço de tomada de decisão, com capacidade de realização, de força positiva e criadora;
- tornar a gestão um espaço pedagógico, um lugar de aprender e de ensinar, um espaço de aculturação, de produção e socialização de conhecimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Essa agenda de mudanças promoveu a reorganização dos antigos Departamentos de Ginecologia, de Obstetrícia, de Neonatologia, de Pediatria e de Cirurgia pediátrica, estruturas em que a gestão era realizada por um número reduzido de profissionais em Áreas de Atenção e nas unidades que as compõem em Unidades de Produção, bem como o funcionamento integrado entre elas, agora gerenciadas por um coletivo de profissionais.

Dessa forma, seguindo a lógica organizacional da integração horizontal, discussões sobre os processos e trabalho são amadurecidas sob a ótica desse novo referencial. O processo de mudança gerencial deve ser analisado para que a sua experiência possa servir de orientação para outras unidades que desejarem implantar novos modelos gerenciais.

## **2 PROBLEMÁTICA**

---

### **2.1 Justificativa**

O presente estudo tem significado para o autor, que acredita no potencial das pessoas quando estas atuam em grupalidade, exercitando o aprendizado e a responsabilização pelas ações em saúde. O estudo também tem valor para as instituições de saúde, na medida em que identifica a percepção dos profissionais de saúde que passam a integrar a gestão no que diz respeito a avanços e desafios durante o processo de implantação de um modelo de gestão que tem como cerne a inclusão desses novos atores no modelo gerencial.

Este estudo é importante por analisar como se dá o processo de implantação de um novo modelo de gestão em instituição pública e em ambiente hospitalar. Esse modelo traz como proposta a adição de novos atores no processo de gestão e a corresponsabilização, o que significa um grande exercício das partes envolvidas e pode gerar frustrações, resistências e dificuldades para sua implantação plena, além de gerar efeitos na motivação dos envolvidos.

### **2.2 Objetivo geral**

Identificar quais foram os desafios e os avanços percebidos pelos profissionais envolvidos com a implementação de um novo modelo gerencial.

### **2.3 Objetivos específicos**

- 1) Identificar as diferentes fases do processo de implementação do novo modelo gerencial em cada uma das Áreas de Atenção pesquisadas.
- 2) Identificar o envolvimento dos entrevistados no modelo gerencial de cogestão.
- 3) Identificar o quanto estão motivados os profissionais de saúde nesse novo ambiente.

## **2.4 Definição dos limites do problema**

O estudo pretende identificar os avanços e os desafios percebidos pelos profissionais envolvidos com o novo modelo de gestão, sob a ótica de membros que não estão na posição de gerentes de Área de Atenção. Esses profissionais que estão sendo inseridos na gestão estavam familiarizados com uma estrutura hierarquizada e médico-centrada.

## **2.5 Hipótese**

A cogestão plena irá gerar maior envolvimento dos novos atores inseridos no processo de gestão, aumentando a participação, o comprometimento e a corresponsabilização, tudo isso com efeito positivo na motivação dos envolvidos.

## **2.6 Resultados esperados**

Para o sucesso da implantação da cogestão faz-se necessário um maior envolvimento tanto dos gestores com graus hierárquicos mais elevados quanto dos diversos atores no processo de implantação. Espera-se que o fortalecimento da cogestão incentive o maior envolvimento do coletivo, gerando maior sentimento de pertencimento e, conseqüentemente, maior motivação para a prática profissional e gerencial.

A identificação por parte dos diversos atores envolvidos do que foi percebido como avanço e desafio e a percepção de como está a motivação nesse novo ambiente poderão fornecer pistas de quais ajustes se fazem necessários, tanto para o caso específico como para outras instituições que queiram mudar os seus processos de gestão.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

---

#### 3.1 O Hospital como organização complexa

As organizações são sistemas complexos, compostos de subsistemas integrados no macrossistema ambiental que as envolvem, e mostram um comportamento dinâmico e evolutivo ao longo do tempo, caracterizando-se, desta forma, como um sistema dinâmico. As organizações complexas são caracterizadas por um universo de interações, interdependência, autonomia, auto-organização, imprevisibilidade, não linearidade, entre outras características de um todo, de tal modo que, quando se olha a parte, não se perde de vista o propósito para o qual foi concebida (PONCHIROLLI, 2007).

Com o crescimento da tecnologia, dos serviços e produtos e da abrangência, as organizações têm que se adaptar para dar respostas rápidas às pressões externas e internas. Nas organizações há aspectos que não podem ser negligenciados e têm que ser valorizados na tomada de decisões, tais como aspectos culturais, políticos, simbólicos, sociais e organizacionais, sob risco de não se conseguir executar adequadamente as ações necessárias à sobrevivência organizacional (PASCUCCI; MEYER JR., 2011). A estrutura da obediência na organização é exercida em função da espécie de força aplicada sobre os seus participantes dos escalões inferiores. Essa força pode ser do tipo coercitivo, remunerativo e normativo, e em razão disso as organizações podem ser do tipo coercitivo, utilitário ou normativo (LEITÃO, 1985).

O hospital pode ser considerado um sistema complexo que, nas últimas décadas, sofreu transformações e evoluiu na mesma proporção observada na assistência em saúde, e foi conduzido a um modelo em que a assistência preferencialmente se dá de forma multiprofissional. Essa estrutura é necessária em razão de vários motivos: a complexidade cada vez maior da assistência; a possibilidade de se alcançar maior eficiência na abordagem ao indivíduo com agravos de saúde; a fragmentação de tarefas na assistência; a potência terapêutica que esses profissionais juntos podem alcançar. Essa forma de assistência traz consigo uma enorme idiosincrasia, visto que esse formato de trabalho é produtor de tensões e

conflitos, em grande parte relacionados ao poder e aos interesses em questão (MACEDO, 2007).

O poder numa unidade de saúde é compartilhado por vários núcleos de profissionais, o que exige uma necessidade de aprimoramento constante na comunicação e na capacidade de negociação. Tudo isso é necessário para que se mantenha a harmonia, visto que há uma real necessidade de cooperação, pois diante de grupos com interesses distintos pode ocorrer um descompasso entre a linguagem de cada grupo que resulta em uma cultura confusa, gerando pouco entendimento das diretrizes organizacionais por parte dos colaboradores, acarretando o conflito de interesse e a falta de alinhamento às estratégias propostas de forma global (VENDEMIATTI et al., 2010).

Os hospitais, estruturas hipercomplexas, mostram-se como uma das instituições contemporâneas mais impermeáveis a mudanças, de modo que tentar mexer na forma como se organiza e na sua forma de gestão é uma tarefa que exige preparação e acompanhamento avaliativo, já que está se tratando de uma estrutura organizativa burocrática, autoritária e centralizadora (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011). Devido à amplitude de suas ações, da complexidade de seus processos internos de trabalho e da multiplicidade de *stakeholders*<sup>1</sup>, além da enorme quantidade de produtos, enorme necessidade de insumos, alta complexidade de suas partes e forte impacto social, o hospital necessita buscar modelos que garantam maior participação de todos os envolvidos nos seus processos decisórios. Para Calderon e Verdi (2014), a cogestão pode ser uma alternativa para diminuir as pressões e os conflitos e aumentar as responsabilidades e a participação.

### **3.2 Cogestão em serviços de saúde**

Um dos grandes desafios no cotidiano das práticas em saúde está nos modos verticalizados de gestão, em que há uma separação entre aqueles que planejam e pensam a ordenação do sistema de saúde, os gestores, e aqueles que executam e operacionalizam o que foi planejado, os trabalhadores. Essa separação tem reafirmado práticas que concebem a gestão como reduzida à administração e

---

<sup>1</sup> Partes interessadas que devem estar de acordo com as práticas de governança.

centrada na figura do gestor. Nesse modelo existe alta concentração de poder e uma extrema limitação da participação do trabalhador nos espaços decisórios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Como alternativa a esse modelo, a cogestão supõe que o trabalhador possa ter uma palavra a dizer na organização da empresa, manifestando-se em dois níveis – nível operacional e nível estratégico –, de modo a fazer-se presente no nível de organização técnica do trabalho e no nível da política geral da instituição (FARIA, 1982). A cogestão tem se mostrado desafiadora, afinal, construir esses coletivos é extremamente difícil. Torna-se, por vezes, desencadeadora de tensionamentos interpessoais e intergrupais, e se revela como um campo de disputas de saber e de poder no qual estão presentes antagonismos e conflitos entre diretores, coordenadores, trabalhadores e usuários (CALDERON; VERDI, 2014).

A humanização enquanto política pública está normatizada desde 2000 com o lançamento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, que ressalta a necessidade de um esforço coletivo de melhoria do sistema de saúde, sendo necessária uma ação com potencial para disseminar uma nova cultura de atendimento humanizado. A ação tem como objetivo aprimorar as relações entre o profissional de saúde e o usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, valorizando as dimensões humana e subjetiva presentes em toda ação de assistência à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003 e emergiu da convergência de três objetivos centrais, que são: enfrentar os desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS); enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde quanto na vida dos trabalhadores. Estabelece que o tratamento humanizado deve estar presente em todas as dimensões da assistência em saúde e que a PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do Sistema Único de Saúde. A partir daí o método, a indissociabilidade entre atenção e gestão (cogestão), os princípios, diretrizes e dispositivos são ofertados para que as instituições possam fazer uma entrega de assistência em saúde mais qualificada, valorizando todos os atores envolvidos, ou seja, profissionais de saúde, gestores, usuários e familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Humanizar a assistência em saúde traduz-se em ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (PASCHE, 2009).

A diretriz cogestão é apresentada para mudar a forma de fazer gestão em saúde e toma como prioridade envolver os diversos atores da assistência em saúde para que tenham participação mais ativa em sua gestão e um maior grau de responsabilidade. A cogestão preconiza maior autonomia e liberdade dos atores envolvidos com a atenção à saúde, entendendo que o trabalho é toda atividade humana voltada para a produção de valores relevantes ao atendimento de necessidades sociais. O emprego do tempo de trabalho na discussão coletiva e democrática, como forma de empoderar os sujeitos para que juntos encontrem soluções, rompe com o modelo tradicional de gestão em saúde, extremamente verticalizado, e que opera de forma a estabelecer controle e dominação sobre os indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A cogestão passa a ter um papel importante, pois traduz-se em um espaço de análise dos contextos, da política em geral e da saúde, principalmente. Assim, torna-se um lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009).

A cogestão proposta por Gastão Campos em seus estudos e publicações baseia-se na sua análise da dupla função que a produção de valores de uso desempenha nas organizações. Por um lado, cria bens ou serviços com potencial de garantir atendimento de necessidades sociais específicas, por outro, tem potencial para atuar na coprodução do sujeito e do coletivo organizado para dar conta dessa produção. A premissa é de que ao se ampliar analiticamente o espaço da política institucional e reconstruir seus modos de operação seja possível às organizações sociais produzirem liberdade e autonomia, e não mais controle e dominação. A cogestão apresenta-se como um projeto de construção de compromisso e solidariedade com o compromisso público, imbuído de capacidade reflexiva e de autonomia dos sujeitos (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

Dessa maneira, é possível afirmar que a cogestão é um meio de publicização das instituições que estimulam a construção dos valores democráticos, de uma postura ética que se oponha as práticas de dominação e controle, comuns nas práticas administrativas. Tendo a certeza de que ninguém governa sozinho, a ideia de instituir compromissos coletivos e de democratizar o poder em todas as dimensões da vida

institucional torna a proposta de cogestão em saúde radicalmente antagônica à razão tecnocrática, e se sustenta na prática da liberdade de se colocar em pauta os desejos e os interesses dos trabalhadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A cogestão, numa lógica de trabalhar com múltiplos atores, entendendo serem eles os gestores de seus processos de trabalho e incentivando sua autonomia, busca um arranjo que possibilita a livre circulação de informações, fortalecendo os laços, aumentando a confiança e estabelecendo as interdependências. Esse modelo lembra em muito uma rede, e necessita ter os seus elos fortalecidos para potentes produções (CALDERON; VERDI, 2014).

### **3.3 Gestão de rede**

O contexto hospitalar, ao longo do tempo, tem se tornado cada vez mais complexo na medida em que evolui de uma instituição que apenas recebe e trata o corpo humano doente para uma instituição que realiza, de forma integrada, pesquisa, ensino e assistência, além de lidar com questões relacionadas à hotelaria e administração. Diante de tamanha complexidade, observa-se que cooperação, informação, confiança, interdependência e autonomia estão presentes o tempo todo e são cruciais para o sucesso de suas ações (VELOSO; MALIK, 2007).

A cooperação entre os diversos departamentos, setores e serviços, todos interdependentes, são extremamente importantes na medida em que potencializam ações e otimizam recursos. Da mesma forma, a informação é importante para fortalecer os laços entre os diversos atores institucionais, dar a percepção de pertencimento e potencializar a criação de oportunidades. A confiança é um fator preponderante para o desenvolvimento de ações coletivas e individuais na medida em que deixa os diversos atores seguros no desenvolvimento de suas atividades (FLEURY; OUVRENEY, 2011).

A autonomia é fator presente nas discussões clínicas e administrativas. Trata-se de um elemento decorrente da composição da equipe multiprofissional, em que, dentro dos limites profissionais, cabe a cada profissional decidir o grau de sua competência e a necessidade ou não de sua intervenção (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2015).

Conforme Veloso e Malik (2007), os hospitais modernos apresentam características necessárias ao surgimento das organizações em rede. Observa-se que há trocas rotineiras e padronizadas e outras interações mais complexas, gerando troca de conhecimento entre as partes e proporcionando aprendizado e inovações, em relações que se mostraram de longa duração e com ações interdependentes.

Nesse contexto, a cogestão proposta por Campos (1998) tem muita similaridade com ações em rede, já que reúne diversos atores com interesses distintos e com recursos que, somados aos de outros atores, potencializam as ações em saúde. Da mesma forma que nas redes, para a cogestão dar resultados, é importante perceber a existência de cooperação, informação, confiança, interdependência e autonomia (MORI; OLIVEIRA, 2009).

A abordagem de rede pressupõe que as atividades são desenvolvidas em processos de interação entre um enorme número de atores de uma rede e de atores de redes interdependentes, sendo todos esses atores mutuamente dependentes, e, portanto, qualquer desenvolvimento de atividade só pode ser realizado com base na cooperação (KLIJN; KOPPENJAN, 2000).

O trabalho em saúde é fruto de uma coletividade na qual muitos sujeitos interagem dentro de um panorama de grande complexidade, em que as relações de poder estão constantemente presentes e os embates no campo do conhecimento e dos diversos saberes deve ser analisado e conduzido pelos gerentes locais, para que essa energia seja usada de forma colaborativa.

Entendendo que o trabalho em saúde demanda um grande número de sujeitos e instituições trabalhando de forma integrada, é correto dizer que se está diante de uma grande rede de colaboradores que se organizam de cima para baixo, de baixo para cima e para as laterais. Nesse contexto, o trabalho em rede tem que ser entendido, e os atores precisam ter a consciência de que estão conectados a essa rede para dar conta de como ordenar e gerenciar toda a complexidade envolvida (MALIK, 1998).

A abordagem de rede traz como preâmbulo que os atores são mutuamente dependentes e, neste sentido, padrões de interação entre os atores emergem em torno de rede de políticas e de grupos de recursos. As regras que existem para regular o comportamento dos atores e a distribuição de recursos interfere nas interações no interior das redes, e, em razão dessas interações, as regras e distribuição de recursos são solidificadas e podem ser alteradas. Nessas interações ocorrem tensões entre a

dependência e a diversidade de metas e interesses, podendo ser reguladas por meio de regras e distribuição de recursos, na medida em que avança o jogo político (KLIJN; KOPPENJAN, 2000).

Os gerentes precisam aprender sobre outras organizações e suas potenciais contribuições, sobre como encontrar os parceiros certos e acioná-los, como equilibrar os recursos e o poder numa lógica de múltiplas redes, assim como abrir novas possibilidades frente a uma nova produção social em que se envolvem múltiplas partes e há necessidade de tomada de decisões. A realidade do gerente local deve ser analisada considerando que no campo vertical do gestor público é possível incluir uma ou mais esferas de subordinação. No campo horizontal existem inúmeras possibilidades de inter-relação, tornando possível perceber os desafios complexos da gestão de redes (AGRANOFF; MCGUIRE, 2003).

A gestão de redes necessita de muitas competências e um forte comprometimento por parte dos atores envolvidos, pois manter uma rede aquecida é uma tarefa complexa. A falta de comprometimento e das competências necessárias para mantê-la aquecida pode causar transtornos enormes, pois os altos e baixos podem ter efeitos motivacionais devastadores.

### **3.4 Motivação**

A motivação é uma condição fundamental e indispensável para o alcance dos objetivos pessoais, do trabalho, das organizações e dos países, e à medida que se aumenta o padrão de vida e o nível educacional das pessoas fica mais difícil motivá-las. A motivação tem sido um dos maiores desafios organizacionais, e inúmeras pesquisas têm sido elaboradas para tentar explicar o funcionamento dessa força misteriosa e desconhecida que orienta as pessoas a se atirarem na direção do alcance de seus objetivos (BUENO, 2002). As organizações se veem desafiadas a criar e manter um ambiente motivador, onde o contexto laboral deve proporcionar a satisfação desejada, proporcional ao nível do esforço (BRUNELLI, 2008).

É importante diferenciar motivação de movimento e satisfação. Quando os fatores que levam uma pessoa a ir em direção de um objetivo são extrínsecos, pode-se dizer de movimento e satisfação. Já os fatores intrínsecos que levam uma pessoa a se direcionar para um objetivo dizem respeito à motivação. Quando se tem o desejo

de alcançar algo para evitar uma punição, conquistar uma recompensa, manter uma posição social, com nítida interferência de fatores externos para a realização do deslocamento para o cumprimento de metas, fala-se de movimento, que é diferente daquela pessoa que é levada por um impulso interno, por uma necessidade interior – neste caso, pela motivação (BUENO, 2002).

Motivação é uma forma intrínseca, uma ação que parte de dentro para fora do indivíduo. O contrário, de fora para dentro, às vezes contrariando o indivíduo, é denominado de incentivo ou estímulo. O melhor dos cenários é quando o profissional está realizando o que de fato ele deseja, o que lhe traz inspiração, que faz parte dos seus sonhos, recebendo para tanto o incentivo adequado. Essa é uma tarefa difícil de ser realizada pelas organizações, mas possível, quando se observa os indivíduos da organização e não a sua massa (VILELA, 2010).

A motivação é como uma energia, uma tensão, uma força, um impulso interno da pessoa. Portanto, não é possível motivar uma pessoa, mas é possível criar um ambiente compatível com os objetivos da pessoa, um ambiente no qual ela se sinta motivada (BUENO, 2002).

As pessoas são diferentes umas das outras, cada uma delas com suas singularidades, histórico de vida e experiências vividas, o que explica que o que motiva uma pessoa pode não motivar outra, exigindo das organizações investimento, no sentido de identificar o que motiva os seus colaboradores. Esse investimento dá resultado quando se percebe um comprometimento do empregador e do empregado, motivando as partes e aumentando o rendimento do trabalho. Quando o comprometimento da organização e do funcionário ocorre, há por parte do funcionário um sentimento de pertencimento que então passa a colaborar para o processo de tomada de decisões necessárias para a organização (STOCCO; DIAS, 2001).

A fragmentação do trabalho, com uma única e simples função, com a execução de uma única tarefa durante toda a jornada de trabalho, de forma repetitiva, leva à alienação do indivíduo, que se percebe como uma pequena peça na engrenagem global. A variedade de ações, a iniciativa e a responsabilidade proporcionam ao indivíduo experimentar a satisfação de estar em um ambiente que possibilite maior participação nas decisões, maior autonomia e reconhecimento, o que pode motivar ou manter a motivação desse indivíduo (ABBOUD, 1980).

É importante aceitar que os indivíduos se mostram motivados por um conjunto complexo de fatores, e que as diferenças individuais devem ser consideradas como

aspectos que podem causar restrições em situação de trabalho. Os indivíduos podem buscar diferentes objetivos motivacionais ao se engajarem, considerando que são possuidores de diferentes habilidades e talentos pessoais que são inéditos e particulares, possibilitando a cada um condições de contribuir de maneira única para a consecução dos objetivos organizacionais (VILELA, 2010).

A motivação humana reserva sutilezas e complexidades que não podem ser deixadas para segundo plano, pois são importantes para o melhor desempenho e para a sobrevivência institucional. O descaso das organizações sobre o tema “motivação para o trabalho” pode ser um dos motivos de os funcionários não verem sentido naquilo que fazem e entrarem em processo de alienação (MIRANDA, 2009).

### **3.5 O processo em curso**

Silva, Sá e Miranda (2015) tratam da implantação de colegiados, gestores em Áreas de Atenção e Unidades de Produção, num modelo de cogestão numa unidade de saúde localizada no município do Rio de Janeiro. Esses arranjos de gestão foram interpretados e valorizados pelos seus entrevistados, principalmente no sentido de amplificar o comprometimento dos trabalhadores, pois a inclusão destes nos colegiados gestores ampliaria sua capacidade decisória, e, ao mesmo tempo, mobilizaria esses trabalhadores a se comprometerem mais com o cuidado prestado aos usuários.

Os autores relatam, nesse trabalho, as resistências advindas da luta pela manutenção da concentração de poder nas categorias profissionais. Um problema identificado foi de como lidar com os diferentes conflitos de interesses. Silva, Sá e Miranda (2015) apontam para o risco de, não havendo um trabalho com a finalidade de lidar com os conflitos e os processos intersubjetivos, esses espaços colegiados se tornarem extremamente idealizados e pouco eficazes.

Amorim (2014), em seu estudo, relata que a ideia de cogestão introduzida pela Política Nacional de Humanização tensiona os gestores da área de prestação de serviços e coloca no cenário político a possibilidade de maior empoderamento de profissionais de saúde e de uma maior autonomia de usuários. Nas unidades de saúde estudadas a prática institucional de participação de usuários (e de trabalhadores) é entendida como uma concessão da direção.

O processo de inclusão de profissionais e usuários é um processo lento e gradativo, dependente de transformações institucionais que estejam comprometidas com o dispositivo político da cogestão. Amorim (2014) alerta para o risco da pseudoparticipação na cogestão, em que o gestor conduz o processo de tal modo que as pessoas (inclusive os trabalhadores e usuários) têm a impressão de terem participado plenamente, caracterizando a sua utilização, de forma distorcida, desvirtuando os verdadeiros significados e propósitos que as categorias inclusão e participação assumem quando propostos pela PNH, reforçando a visão da cogestão como concessão e não como conquista de um direito legítimo e democrático, garantido pelo controle social.

Em seu estudo, Fontoura (2017) destaca que os colegiados observados nas unidades em que realizou a pesquisa eram mais um lugar de informação do que de deliberação e tomada de decisão, o que denotou ser ainda incipiente sua sustentação para a discussão dos processos de trabalho. O colegiado, segundo a autora, não era utilizado em toda a sua potência de produzir compartilhamentos e pactuações coletivas, de modo geral, mas funcionava para ativar relações entre os diversos sujeitos e fortalecer a formação de grupalidades.

Percebe-se, desse modo, com base nos relatos de pesquisa apresentados, os principais desafios, além das potencialidades, ao se buscar a implantação de um modelo de cogestão.

O capítulo seguinte trata da metodologia que fornece suporte à realização do estudo aqui apresentado.

## 4. MÉTODO

---

Este capítulo descreve a metodologia utilizada, abrangendo o tipo de pesquisa, a seleção dos sujeitos, o método de coleta e tratamento dos dados, bem como as limitações do método.

### 4.1 Tipo de pesquisa

Este estudo possui caráter qualitativo. Utilizando-se os critérios propostos por Vergara (1998), quanto aos fins e quanto aos meios, entende-se que a pesquisa será descritiva quanto aos fins, já que se propõe a levantar as características do fenômeno estudado, no caso, a implantação de um novo modelo de gestão, identificando os avanços e desafios percebidos e seus efeitos na motivação dos profissionais de saúde. Quanto aos meios, foi realizada uma pesquisa de campo para fazer a coleta dos dados, com o uso de entrevistas semiestruturadas, em razão de ser este um instrumento capaz de buscar as opiniões, atitudes e sentimentos dos entrevistados sobre o objeto de estudo.

A entrevista semiestruturada possibilita ao pesquisador aprofundar-se sobre o tema específico e identificar com maior exatidão os fenômenos relacionados às diversas nuances que estão presentes em temas complexos e que envolvem um número grande de pessoas que são afetadas (MINAYO, 2002).

O questionário semiestruturado foi elaborado para identificar como foi percebido, pelos profissionais de saúde, o processo de implantação/consolidação do novo modelo de gestão, e quais foram os avanços e desafios percebidos por eles.

As perguntas foram formuladas para que ao longo do período de resposta do roteiro de entrevista fosse possível ao profissional refletir sobre o efeito que essas ações tiveram sobre a sua motivação no que diz respeito ao processo de implantação/consolidação do novo modelo de gestão e no que se refere à sua prática profissional. As questões buscaram identificar aspectos relacionados a tempo de colegiado, inserção no colegiado, comprometimento com o funcionamento do colegiado, dinâmica do funcionamento do colegiado, disponibilidade de informações no colegiado, processo de tomada de decisões no colegiado, integração

Intraorganizacional e interorganizacional, liderança, motivação, o que foi considerado avanço e o que foi considerado desafio (APÊNDICE B).

Todos os dados que foram coletados por meio de entrevistas com os membros dos diversos colegiados gestores receberam tratamento qualitativo e passaram por análise de conteúdo. Eles também foram adequados à lógica de Vergara (1998), sendo estruturados e codificados para permitir uma avaliação sobre quais foram os avanços e os desafios do processo de implantação do novo modelo de gestão e como o processo afetou a motivação do profissional (tanto no que diz respeito ao processo de implantação/consolidação quanto sobre a sua prática profissional).

Para tanto, foram elaboradas categorias analíticas para identificar fatores relacionados ao que foi apontado como avanço, como desafio e o seu efeito na motivação no que diz respeito ao novo modelo de gestão e motivação à prática profissional.

## **4.2 Campo de pesquisa**

Trata-se de uma unidade hospitalar que na sua área de atenção à saúde é composta de 131 leitos, com uma qualificada estrutura de suporte logístico-operacional que permite a realização, anualmente, de cerca de 4.500 internações, 60 mil atendimentos ambulatoriais, 2.500 cirurgias, 150 mil procedimentos de suporte diagnóstico e terapêutico e 1.200 atendimentos domiciliares para pacientes oriundos do Rio de Janeiro e de outras regiões brasileiras.

Ela tem como missão promover a saúde da mulher, da criança e do adolescente por meio de ações integradas e articuladas para melhorar a qualidade de vida desses grupos. Isto é realizado através de ações de pesquisa, de ensino, de assistência e atenção integral à saúde, de cooperação técnica em nível nacional e internacional e de desenvolvimento e avaliação de tecnologias.

A unidade hospitalar tem cinco Áreas de Atenção e um grupo de apoiadores, cada Área com um colegiado gestor, com um número de profissionais na sua composição que gira em torno de 10 componentes cada (Figura 1).



**Figura 1. Desenho esquemático da vice-direção à saúde**

Fonte: Fontoura (2017).

### 4.3 Participantes/Amostra

Os sujeitos são profissionais de saúde, estatutários, membros dos colegiados de Áreas de Atenção e do colegiado de apoiadores do hospital escolhido como caso a ser estudado. Esses profissionais foram selecionados por estarem compondo um espaço colegiado, exercitando a cogestão em Áreas de Atenção que dispõem de dois gerentes cada uma. Para a seleção foi adotado como critério de inclusão a participação regular nas reuniões dos colegiados.

Esses profissionais foram estratificados em dois grupos: um grupo constituído por profissionais de saúde médicos (PSM) e outro grupo constituído por profissionais de saúde das equipes multiprofissionais (PSEM). Essa estratificação foi feita porque os profissionais de saúde da equipe multiprofissional estão sendo inseridos na gestão. Os profissionais de saúde médicos já têm histórico de inserção na gestão, já que o modelo até então adotado era médico-centrado.

Inicialmente, a amostra de cada grupo seria composta por meio de sorteio, para garantir que os participantes seriam abordados de forma aleatória. Porém, durante o trabalho de campo tornou-se demorado o acesso as listas dos componentes dos colegiados e, após a posse de algumas listas, surgiram problemas relacionados à agenda desses componentes (ou não estavam nas unidades em razão de compromissos externos, ou não poderiam participar em razão de compromissos

internos). Foram feitas dez tentativas por sorteio sem sucesso, o que determinou que fosse feita a abordagem direta.

A distribuição não foi homogênea entre as áreas devido à impossibilidade de agenda dos componentes de algumas áreas de Atenção. Foram várias tentativas, mas por causa de agendas externas e internas não foi possível tornar homogênea a amostra. Os membros dos colegiados de Áreas de Atenção foram então abordados, sem a realização do sorteio, e questionados se gostariam de participar da pesquisa.

Foram excluídos da pesquisa os gerentes de área e os coordenadores do colegiado de apoiadores, sendo dois gerentes por área, o que determinou um universo de 48 profissionais a serem potenciais sujeitos da pesquisa.

Conforme o estudo sobre saturação em pesquisa qualitativa de Thiry-Cherques (2009), em que um número grande de entrevistados já não oferece mais nenhuma informação nova para o desenvolvimento da pesquisa, o número de entrevistados foi definido como suficiente ao se chegar ao ponto de saturação, ou seja, quando percebeu-se que não eram apresentados novos dados.

Foram entrevistados 16 membros de colegiados, distribuídos de maneira não uniforme entre as Áreas de Atenção. Todas as pessoas entrevistadas são do sexo feminino, com idade entre 33 e 55 anos, e relataram estar há pelo menos um ano no colegiado da Área de Atenção.

Os Quadros 1, 2 e 3 mostram a distribuição dos participantes conforme a titulação, os grupos a que pertencem e as Áreas de Atenção.

TÍTULO ACADÊMICO	Nº PARTICIPANTES
Doutorado	04
Mestrado	06
Especialização	05
Graduação Superior	01

**Quadro 1. Distribuição dos sujeitos entrevistados por titulação acadêmica**

Fonte: dados da pesquisa.

GRUPO	Nº PARTICIPANTES
Profissional de Saúde da Equipe Multiprofissional	13
Profissional de Saúde Médico	03

**Quadro 2. Distribuição entre os grupos**

Fonte: dados da pesquisa.

ÁREA DE ATENÇÃO	Nº PARTICIPANTES
Clínica a Criança (AAC)	03
Recém-nascido (AARN)	05
Cirúrgica a Criança (AAC CIR)	04
Mulher (AAM)	01
Gestante (AAG)	02
Grupo de Apoio (GA)	01

**Quadro 3. Distribuição dos participantes por Áreas de Atenção**

Fonte: dados da pesquisa.

Ainda de acordo com Thiry-Cherques (2009), o tamanho da amostra e, conseqüentemente, o número de entrevistas, nos casos de saturação, obedece a critérios *ex-post*, ou seja, é definido em função das respostas obtidas. Portanto, não existem instrumentos matemáticos ou lógicos de delimitação prévia do ponto de saturação e, por conseqüência, do número de observações requeridas.

A seleção dos membros do colegiado também valeu-se da seleção intencional ou por julgamento definida por Thiry-Cherques (2009), aquela onde os sujeitos são selecionados por representarem as características relevantes da população.

As entrevistas foram interrompidas quando foi observado o ponto de saturação empírica, que, segundo Thiry-Cherques (2009), representa o momento em que o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado.

#### 4.3 Coleta e tratamento dos dados

Os dados primários foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas com os participantes pertencentes aos colegiados das Áreas de Atenção. Antes da realização, todos os entrevistados foram informados sobre os detalhes da pesquisa e lhes foi proporcionada a possibilidade de esgotarem todas as dúvidas relacionadas, para então assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram realizadas individualmente, presencialmente e em ambiente que preservou os sujeitos da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas para garantir a fidedignidade da coleta de informações. Depois de transcritas, todas as entrevistas receberam códigos para garantir o anonimato dos participantes.

Os dados foram agrupados e as respostas de todos os participantes foram tabuladas manualmente por pergunta formulada. Foi então realizada a análise de conteúdo a partir das respostas. Os dados foram agrupados de forma a constituírem categorias iniciais, que foram agrupadas e formaram categorias intermediárias, por similaridades dos dados, sendo então constituídas as categorias finais.

O primeiro capítulo trata das categorias que foram construídas a partir das respostas das pessoas entrevistadas que responderam às perguntas que identificaram a percepção delas sobre o processo de construção dos espaços colegiados, a sua dinâmica de funcionamento e a participação dos seus membros. Essas categorias foram então interpretadas como avanços e desafios quando correlacionadas a pontos-chave para manter uma rede.

O segundo capítulo trata das categorias que foram construídas a partir das respostas das pessoas entrevistadas que responderam às perguntas diretas sobre o que elas perceberam como avanços e desafios com a implantação dos colegiados das Áreas de Atenção.

O terceiro capítulo trata da motivação das pessoas entrevistadas no que diz respeito à implantação da cogestão e a como esse processo influencia a motivação para a prática profissional.

As entrevistas foram realizadas no primeiro trimestre de 2018 e tiveram tempo médio de 30 minutos. A pesquisa teve a aprovação do Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres humanos (CEPH/FGV), e as entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

#### **4.4 Limitações do método**

A pesquisa qualitativa pode permitir distorções pela proximidade do observador com os fenômenos estudados, ficando essa percepção ocasionalmente tocada pelos pré-conceitos do colaborador, o que exige do pesquisador habilidade e domínio da técnica de análise de conteúdo (ROCHA; DEUSDARÁ, 2006).

A forma de se ter a extração de todo o potencial da subjetividade passa pela boa condução das entrevistas por um entrevistador experiente e bem instruído, que poderá identificar os temas que são importantes para o fenômeno estudado e os que são de difícil verbalização pelos entrevistados (CAMPOS; TURATO, 2009; OLIVEIRA et al., 2003).

## 5 ANÁLISE DOS DADOS

---

### 5.1 Capítulo I – Categorias analíticas relacionadas à construção e à dinâmica do espaço colegiado

#### 5.1.1 Categoria Democratização da informação (alcance e qualidade)

Do ponto de vista da comunicação, a informação e o informe têm o mesmo significado, ou seja, são notícias, pareceres. Argons (2017), em seu trabalho “Doutrina da informação”, considera que informe é a descrição de um fato assim como foi visto, e por mais completa que seja a descrição feita, ainda assim trata-se de um informe. A informação, segundo ele, é uma série de informes que se relacionam entre si e auxiliam a compreensão de um fato, fazendo-se presente um complexo processo de elaboração mental. Portanto, os informes são a matéria-prima e as informações são os produtos elaborados.

O conceito de informação utilizada no trabalho é o descrito por Messias (2005), que narra as considerações de Buckland e trata da informação como coisa, como conhecimento e como processo. A informação enquanto coisa (portarias, resoluções, pareceres e estatísticas) é encaminhada para os componentes do colegiado, que de posse desse material processam todas essas informações e dão significado, modificando ou não o entendimento daquilo que se conhece. A partir da análise de toda essa informação se dá a informação como conhecimento, ou seja, a tomada de decisão, as deliberações, diminuindo as incertezas e fortalecendo as ações colegiadas.

A implantação de um novo modelo de gestão exige um esforço grande dos diferentes atores que participam do dia a dia dos diversos processos que estão presentes e são conduzidos para se atingir as metas e resultados esperados pela instituição. A informação é central nesse processo, pois diminui as resistências, alinha os diversos processos em andamento e potencializa as ações.

O arranjo institucional, com diversas categorias profissionais, a hierarquia verticalizada até pouco tempo vigente, a pouca permeabilidade do hospital, as mudanças, exigem do gerente a capacidade de captar, transferir, disseminar e utilizar a informação de uma forma positiva no sentido de construção de participação, diálogo

e autonomia (FLEURY, 2005; MALIK, 1998). Assim sendo, este trabalho questiona os entrevistados sobre a informação no que diz respeito: (a) ao material encaminhado para avaliação prévia; (b) à informação enquanto coisa, como portarias, resoluções e demais documentos para leitura e formação de opinião. Entende-se a informação como um conjunto de documentos que instrumentalizam as discussões em reuniões colegiadas e que são base para a tomada de decisões.

Quanto às características de alcance de informação, estas podem ser classificadas se são encaminhadas para todos os envolvidos ou se ficam restritas a poucas pessoas ou grupos. Podem ser avaliadas também pela qualidade, levantando se são informações oficiais ou extraoficiais, entendendo-se como oficiais os documentos formatados e com fonte declarada, e extraoficiais aquelas informações que são obtidas nos espaços de convívio e que são repassadas de uma pessoa para outra, sem um formato. No caso de pessoas entrevistadas, verifica-se se as informações apresentadas são relevantes ou não no processo de construção de conhecimento, para a formatação das deliberações colegiadas.

Assim, a categoria final democratização da informação foi construída a partir das categorias iniciais Informação prévia e Informação restrita/ampliada, que foram agrupadas na categoria intermediária alcance da informação, e Informação com relevância/irrelevância, Informação oficial/extraoficial, que foram agrupadas na categoria intermediária Qualidade da informação (Quadro 4).

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
Informação prévia	Evidencia se há tempo para o estudo e para a construção do conhecimento.	Alcance da informação	Democratização da Informação
Informação restrita/ ampliada	Evidencia se a informação, fator importante para tomada de decisão, alcança a todos os componentes do colegiado.		
Informação com relevância/ irrelevância	Evidencia se a informação ofertada é relevante ou irrelevante para a tomada de decisão e para formar opinião.	Qualidade da informação	
Informação oficial/ extraoficial	Evidencia se as informações que norteiam as decisões colegiadas são ofertadas num formato oficial ou se são repassadas sem um formato.		

**Quadro 4. Categorias iniciais e intermediárias que formam a categoria Democratização da informação**

Fonte: elaboração do autor.

Essa categoria está presente no estudo em razão da importância da informação no processo de construção de conhecimento que irá auxiliar os membros do colegiado a elaborarem suas opiniões para melhor deliberarem.

As respostas obtidas demonstram que a informação ofertada com antecedência (e importante no processo decisório) ainda não é uma prática consolidada. Grande parte das pessoas entrevistadas relatou que as informações correlacionadas com os temas de pauta não são encaminhadas previamente. As entrevistadas manifestaram que existem no momento algumas iniciativas em que eventualmente as informações são encaminhadas com antecedência para estudo e formação de opinião sobre os temas, mas ainda são raras. Das 16 entrevistas realizadas, apenas uma das entrevistadas relatou que já aconteceu, em algumas reuniões de colegiado, o encaminhamento prévio das informações, mas que isto não acontece mais (PSM 02). Uma das pessoas entrevistadas relatou que as informações são disponibilizadas nos murais e por redes sociais (PSEM 03), e outra relatou que as informações são passadas às vezes durante as reuniões do colegiado (PSM 03).

“Eu acho que isso já aconteceu em alguns colegiados sim, de mandar a documentação antes para gente ler...” (PSM 02).

“Normalmente, não. Elas são passadas, às vezes, durante o colegiado, mas não com antecedência.” (PSM 03).

“Não. Não chegam. Não chegam.” (PSEM 07).

“Não, só vem mesmo o tema. É. Não vem nada, e, realmente, assim, nem de onde surgiu, de onde que veio essa discussão, porque que vai discutir agora, entendeu?” (PSEM 08).

Com relação à amplitude do alcance das informações, grande parte das entrevistas indicou que a informação é restrita a um pequeno número de pessoas. Apenas três entrevistadas relataram que a informação alcança a todos. Duas informaram que durante as reuniões de colegiado todos têm acesso às informações (PSM 02, PSEM 04) e uma pessoa entrevistada relatou que recentemente as informações são disponibilizadas nos murais e por redes sociais (PSEM 03).

“Não, chega a todos os componentes do colegiado. Isso é distribuído para todos.” (PSM 02).

“É, de uma forma geral, ela chega a todos os componentes, a gente dispara isso em rede social e coloca nos murais.” (PSEM 03).

“Restrita a um grupo e restrita também ao que a pessoa te traz ali de elementos, entendeu? Se ela traz, você sabe. Se ela não traz, você não sabe” (PSEM 01).

“Ela é passada meio que como um informe nos colegiados, para quem participa dos colegiados.” (PSEM 04).

O encaminhamento prévio e a amplitude do alcance da informação enriquecem as discussões em torno dos temas que necessitam de deliberação, pois torna os componentes mais seguros e conhecedores profundos da temática em pauta, tornando a decisão mais assertiva. A informação é importante na deliberação que o colegiado toma, por isso, deve-se avaliar a fonte e a forma com que a informação é levada a cada um dos membros, pois isso determina a qualidade e a confiabilidade do processo decisório (BERTOLIN et al., 2008).

As entrevistas mostram que, na percepção das pessoas entrevistadas, as informações que são ofertadas não têm formato oficial (portarias, resoluções, estatísticas) e são levadas pelos gerentes das Área de Atenção mais como informes, para que a partir daí sejam tomadas as decisões.

Apenas duas entrevistas relataram que as informações que são ofertadas são oficiais. Uma pessoa entrevistada (PSEM 03) relatou que a entrega é realizada por meio de murais e redes sociais, e outra entrevistada (PSEM 13) relatou que são feitos pedidos de informações extras aos setores relacionados aos temas, quando se faz necessário. Cabe ressaltar que o encaminhamento por redes sociais não garante a certeza do recebimento da informação, dessa forma, deve-se refletir se esse espaço pode ser considerado como um espaço oficial para o encaminhamento de documentos, assim como pendurando-os em murais.

Em relação à relevância, grande parte das pessoas entrevistadas reconheceu as informações que chegam como irrelevantes. Uma das pessoas entrevistadas apontou que ainda “são irrelevantes, mas que é um processo em construção e que se

está no caminho” (PSEM 11). Outras consideram todas relevantes (PSEM 08, PSEM 12, PSEM 13).

“Na maioria dos casos, relevante para a análise e tomada de decisões, quando vem.” (PSEM 03).

“Não chega ... informação! Seria extremamente relevante se chegasse, mas não chega.” (PSEM 04).

“Aí eu acho que em algumas situações, sim. Em outras, não.” (PSEM 07).

“Importante, é relevante, é...” (PSEM 08).

A categoria final Democratização da informação demonstra que a informação prévia, com amplo alcance, qualificada e com relevância para o pleno funcionamento dos colegiados de Área de Atenção está sendo percebida pelos membros do colegiado como um problema que precisa ser melhorado. Segundo eles, a informação não é encaminhada com antecedência para estudo e formação de opinião, o que pode prejudicar ou inviabilizar a construção do conhecimento coletivo, interferindo no processo de decisão.

As entrevistadas relataram que existe uma assimetria de informações, visto que poucas pessoas as recebem, o que pode gerar um clima de desconfiança e um sentimento de estar sendo direcionado nas tomadas de decisão. Os relatos são de que as informações não são oficiais e pouco relevantes para que se caminhe com segurança no processo de tomada de decisão.

A informação é a base para que esse espaço não fique refém dos grupos de interesse que estão presentes em qualquer arranjo entre pessoas com múltiplas formações, e é extremamente importante na consolidação do modelo de gestão. O processo de democratização da informação tem que avançar para que as deliberações colegiadas sejam mais potentes, qualificadas e com maior alcance.

A informação tem papel importante no processo de mudança organizacional. Inta Cinite e colaboradores, em trabalho publicado em 2009, tratam do processo de mudança organizacional em instituições públicas e demonstram que a comunicação empobrecida prejudica a implantação de mudanças. Isto se dá quando os

funcionários não conseguem entender a visão por trás da mudança e percebem que os resultados, os benefícios e os motivos não são bem explicados (CINITE; DUXBURY; HIGGINS, 2009).

Vakola (2013) acrescenta a necessidade de se incentivar a comunicação aberta com ênfase no *feedback*, em informações precisas, na adequada explicação de decisões e na troca aberta de pensamentos, visando melhorar a percepção de confiança. A informação tem correlação com a confiança e, segundo Motta (2001), a má comunicação está presente em grande parte dos conflitos nos serviços e se dá pela falta de abertura e transparência administrativa, pelas barreiras semânticas, pelo excesso ou falta de informação. Segundo ele, pouco diálogo gera pouca verdade e desconfiança, fazendo surgir suspeição e fantasmas nas relações pessoais.

Do ponto de vista das redes, ao analisar a categoria Democratização da informação é possível constatar que a gestão colegiada está fragilizada, pois para a sua sustentação há uma dependência do nível de informação, de cooperação, de confiança, de interdependência e autonomia, todos interligados, quando se necessita do coletivo no processo decisório.

Após a análise das perguntas relacionadas à democratização da informação, observa-se que existe um caminho a ser percorrido para que a cogestão possa ser exercida em sua maior plenitude. A amplitude do alcance das informações, o encaminhamento prévio das informações, a relevância da informação e o formato das informações são pontos potentes para gerar corresponsabilidade, protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos (ARGONS, 2017), e no caso em estudo, os resultados apontam a fragilidade dos pontos abordados.

### **5.1.2 Categoria Regulamento para o funcionamento do colegiado**

Durante a entrevista semiestruturada questionou-se os entrevistados sobre a existência de regulamento para o funcionamento do colegiado e se este está disponível e é utilizado. A existência de regulamento pressupõe a sistematização dos trabalhos que são realizados e a maturidade do espaço colegiado, visto que este deve ser fruto de discussão de quem tem poder de discutir o conteúdo do regulamento e é resultado de um consenso entre as partes.

Portanto, entende-se regulamento como um conjunto organizado de preceitos ou normas que irão reger o trabalho e o funcionamento. São preceitos importantes para a administração pública, pois sistematizam condutas, comportamentos e fluxo para o melhor emprego dos recursos públicos.

A categoria final Regulamento para o funcionamento do colegiado foi construída a partir das categorias iniciais existência de normas/regras, colocada na categoria intermediária sistematização do trabalho, e disponibilidade das normas/regras e uso das normas/regras que foram agrupadas na categoria intermediária Maturidade do funcionamento (Quadro 5).

CATEGORIAS INICIAIS	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
Existência de normas/regras	Evidenciar se foram criadas regras/normas para o funcionamento do colegiado.	Sistematização do trabalho colegiado	Regulamento para o funcionamento do colegiado
Disponibilidade das normas/regras	Evidenciar se os participantes têm acesso as regras/normas.	Maturidade do funcionamento	
Uso das normas/regras	Evidencia o grau de maturidade do colegiado, na medida em que se utiliza de regras/normas para nortear o trabalho coletivo.		

**Quadro 5. Categorias iniciais e intermediárias que formam a categoria Regulamento para o funcionamento do colegiado**

Fonte: elaboração do autor.

Neste ponto são três as respostas identificadas: sete entrevistadas disseram que não existem normas/regras (PSEM 01, PSEM 02, PSEM 03, PSEM 04, PSEM 11, PSEM 12, PSM 03), seis entrevistadas disseram que desconhecem se existem ou não normas/regras (PSEM 05, PSEM 07, PSEM 08, PSEM 09, PSEM 10, PSM 01) e três disseram que existem normas/regras para o funcionamento dos colegiados (PSEM 06, PSEM 13, PSM 02).

As entrevistadas relataram haver uma rotina de comportamento do colegiado, não sendo iguais em todos, e que algumas ações não foram fruto de consenso e sim de uma obrigatoriedade vinda das esferas superiores da gestão.

“Ah, sim. Eu acho que existe uma rotina, existe uma obrigatoriedade de presença? A participação.” (PSM 02).

“É. Ela acaba sendo uma norma como se ela tivesse por escrito?” (PSM 02).

“Acredito que exista. Se for, o que temos é pauta, na pauta tem informes, né, e vai se seguindo as...” (PSEM 13).

Diversas pessoas entrevistadas declararam que o regulamento de funcionamento não existe ou então que desconhecem a sua existência. Relataram que a forma de funcionamento tem mais relação com rotinas estabelecidas, entendendo rotina como prática constante ou hábito de fazer uma coisa sempre do mesmo modo, e que os gestores das Áreas de Atenção são os responsáveis por estabelecerem o funcionamento dos colegiados.

“Olha eu já estou confusa com isso. Porque uma época, alguns anos atrás, existia uma orientação de como funcionar o colegiado.” (PSEM 02).

“Eu sei que existem, mas se elas estão sendo cumpridas eu, sinceramente, acho que não.” (PSEM 06).

“Dos colegiados, o que eu observo é que isso fica muito... muito ainda por conta de quem está direcionando, do líder. Então, assim, não existe não.” (PSEM 01).

As entrevistadas PSEM 06, PSEM 13 e PSEM 02, como foram as únicas que responderam que existem normas/regras para o funcionamento do colegiado, foram perguntadas se essas normas/regras estão disponíveis e se são utilizadas. A entrevistada PSEM 06 trouxe no seu relato que não sabe onde ficam disponibilizadas as normas/regras e que acha que não são utilizadas. Conforme as entrevistas PSEM 13 e PSM 02, foram tratadas como normas as rotinas estabelecidas e que não estão escritas e disponibilizadas.

“Não, eu não sei onde que fica, assim, eu não sei.” (PSEM 06).

“Ah, sim. Eu acho que existe uma rotina, existe uma obrigatoriedade de presença. A participação. Que a gente cumpre no automático. A gente sabe, você tem que convocar, você tem que definir.” (PSM 02).

Para haver maior aprofundamento no tema, questionou-se sobre a regularidade das reuniões do colegiado, pois o pesquisador acredita que a regularidade de reuniões é um ponto que deve estar no escopo de normas/regras do colegiado, visto que, conforme Almeida (2017), favorece a consolidação do modelo, dá aos membros do colegiado a previsibilidade e dá mais confiança no desenvolvimento e amadurecimento do modelo de gestão.

As entrevistas mostraram que, com relação à regularidade das reuniões, uma parte expressiva das entrevistadas relatou uma regularidade mensal ou bimensal como intervalo entre as reuniões do colegiado (PSEM 03, PSEM 04, PSEM 05, PSEM 06, PSEM 07, PSEM 11, PSEM 12, PSEM 13, PSM 01, PSM 02, PSM 03). Muitas relataram que essa regularidade se deve ao novo corpo diretor, que assumiu a direção com o compromisso de fortalecer o espaço colegiado e a gestão participativa.

“Mensal, desde essa nova gestão da direção.” (PSEM 04).

“Atualmente, a gente não... a gente tenta fazer mensalmente, mas nem sempre a gente consegue, mas, assim, porque varia muito, nesse período.” (PSEM 05).

“Depois da nova gestão, seria mensalmente, mas é meio que de acordo com a chefia, né?” (PSEM 06).

Uma das entrevistadas relatou que não existe uma regularidade e tomou como referência o ano anterior, em que não houve regularidade das reuniões.

“Olha... o ano passado a gente ficou.... não tinha uma frequência regular não.” (PSEM 08).

Entre as entrevistadas, algumas relataram não saber se existe regularidade instituída para a realização das reuniões do colegiado (PSEM 01, PSEM 02, PSEM 09, PSEM 10).

“Não, porque acho que não tem um rigor, a gente fica aguardando, mas isso fica a critério da Área.” (PSEM 09).

Em diversas entrevistas foi manifestado que o funcionamento do colegiado tem muita relação com os gestores das esferas superiores. Em alguns relatos é percebida

baixa regularidade dos encontros, desmobilizando os membros e diminuindo a potência do colegiado, sendo os gerentes locais os responsáveis pelo agendamento das reuniões. Os gestores de Área de Atenção são identificados como responsáveis pelo funcionamento do colegiado, determinando a frequência das reuniões, os temas de pauta, o tempo de reunião e outras deliberações relacionadas ao direcionamento do colegiado.

Outra manifestação recorrente é o termo “agora”, manifestando uma oposição à fase anterior em que não se tinha o empenho das esferas superiores. As entrevistadas relataram que a eleição e posse do novo corpo diretor, que se comprometeu em fortalecer os colegiados e a gestão participativa, estabeleceu uma frequência e uma sequência das reuniões e colocou como meta institucional o fortalecimento da cogestão e da gestão participativa.

Assim, a categoria Regulamento para o funcionamento do colegiado demonstrou que não existem normas/regras que norteiam os trabalhos e o funcionamento desse espaço importante para a consolidação do modelo de cogestão adotado. Algumas pessoas entrevistadas relataram haver um documento que trata do tema regulamento de funcionamento do colegiado, fruto de um trabalho de um curso de pós-graduação, que está com a gestão superior para análise.

De acordo com Calderon e Verdi (2014), comando e controle pressupõem concentração de poder. Um modelo de gestão que possui esse princípio destitui dos membros do colegiado o poder de planejar e de decidir, limitando a sua autonomia e a sua iniciativa, afastando-os do trabalho intelectual e estabelecendo para eles somente o trabalho de execução. O estabelecimento de relações democráticas e de convivência solidária são desfavorecidos nessa forma de gerir, e toma dos profissionais a capacidade de decidir o seu processo de trabalho, alienando-os.

Este estudo, no que diz respeito a esse tema, observa uma baixa maturidade dos colegiados de Áreas de Atenção. É possível observar que a forma de funcionamento percebida pelos entrevistados é estabelecida pelos gerentes das Áreas de Atenção, o que ainda caracteriza uma grande concentração de poder em poucos indivíduos, com forte tendência de esse coletivo perder a sua potência.

### 5.1.3 Categoria Deliberação ponderada colegiada

A cogestão é um método que se propõe a dar conta dos objetivos primários das instituições de saúde, ou seja, da produção qualificada de saúde, e, por consequência, promover a sobrevivência do Sistema, a realização profissional dos seus trabalhadores e uma entrega mais qualificada aos usuários (FERREIRA; GOULART, 2017).

O modelo de cogestão que está sendo pesquisado reconhece cada um dos atores dentro de um processo inclusivo que fortalece o coletivo e é desencadeador de pactos acordados para atingir as diversas metas contratadas, sendo, portanto, uma poderosa ferramenta de democratização institucional e necessária para o desenvolvimento da corresponsabilização quando no exercício do poder, da participação nas discussões, do acesso às informações e na tomada de decisões (FONTOURA, 2017).

A categoria final Deliberação ponderada colegiada foi construída a partir das categorias iniciais Decisões coletivas/individuais que formou a categoria intermediária Cogestão; informação enquanto processo de conhecimento e construção de alternativas para tomada de decisão que formaram a categoria intermediária Processo de construção de decisões (Quadro 6).

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
Decisões coletivas/individuais	Evidencia se as decisões são colegiadas.	Cogestão	Deliberação ponderada colegiada
Informação enquanto processo de conhecimento	Evidencia o quanto é qualificada a tomada de decisão.	Processo de construção de decisões	
Construção de alternativas para tomada de decisão	Evidencia se ocorre um processo de construção de alternativas viáveis para tomada de decisão.		

**Quadro 6. Categorias iniciais e intermediárias que formam a categoria Deliberação ponderada colegiada**

Fonte: elaboração do autor.

Essa categoria retrata bem o que é a cogestão apresentada por Gastão Wagner Campos (1988), em que os diversos atores, num processo de construção coletiva, se corresponsabilizam pelos atos definidos por meio dos colegiados. A categoria tenta

definir se ocorre o processo de construção baseado em informações e na tomada de decisão conjunta.

Os entrevistados foram indagados sobre o processo decisório: se ele é um processo de construção coletivo de alternativas possíveis ou se todas as alternativas já chegam prontas.

“Eu acho que existe uma implicação dos sujeitos ali e que isso tem um impacto. Mas, de fato, muita coisa que vem, vem já muito tratada. Não é tão material bruto e esse tratamento, ele tem sempre uma intencionalidade. Então, assim, tem coisas que você acha que você está decidindo e que você, na verdade, não está decidindo nada.” (PSEM 01).

“Não, de forma conjunta. É. Nem todas as decisões são levadas pra colegiado. Isso é uma... é um ponto importante, entendeu? Nem tudo é discutido em colegiado, entendeu?” (PSEM 12).

As entrevistas de PSM 02, PSEM 01, PSEM 03, PSEM 10, PSEM 12 e PSEM 13 mostram que para esse grupo de pessoas as decisões são tomadas de forma coletiva. Entretanto, a entrevistada PSEM 12 apontou que nem todos os assuntos são levados para o colegiado e que alguns temas são resolvidos pelos gestores locais. A entrevistada PSEM 1 relatou que as decisões são coletivas para aquilo que é levado para o colegiado. Essas duas entrevistas corroboram a resposta de que todas as decisões tomadas são coletivas, considerando o que chega aos colegiados para deliberação.

Em relação às entrevistas de PSM 01, PSEM 01, PSEM 02, PSEM 04, PSEM 05, PSEM 06, PSEM 07, PSEM 08, PSEM 09, estas relataram que as alternativas para deliberação já chegam prontas, sem um processo de construção de alternativas de forma coletiva.

As entrevistadas PSEM 04 e PSEM 11 consideram as reuniões de colegiado muito mais informativas do que deliberativas e construtivas. A entrevistada PSEM 01 enfatizou que as pessoas tentam participar do processo decisório, mas as alternativas já chegam definidas. A entrevistada PSM 03 relata que as deliberações conjuntas, que passaram por um processo de construção coletivo, não são consideradas pelos gestores locais.

Foi possível notar, nas diversas falas, que os colegiados não estão sendo percebidos como um espaço de construção coletiva, e que a sua atuação fica restrita ao que é levado pelos gestores das Áreas de Atenção.

Nas entrevistas que apontaram que as deliberações são construções coletivas, cabe destacar as falas de PSEM 10 e PSEM 12, que levantaram a questão sobre o que deve chegar e o que de fato chega para deliberação do colegiado. Ressalta-se também, no relato da PSM 03, que as deliberações do coletivo algumas vezes não são consideradas pela gestão de Área de Atenção.

A categoria inicial Apresentação da informação é importante para a consolidação da cogestão. Saber se as informações que são ofertadas são qualificadas, relevantes e oficiais determina quão assertivas podem ser as decisões colegiadas, determinando o fortalecimento do espaço coletivo (FONTOURA, 2017).

Trabalhar com fontes seguras, documentos oficiais, informações atualizadas, faz com que as decisões sejam baseadas em pilares fortes, diminuindo o risco de erros. A informação estabelece os limites legais, os limites possíveis, a segurança das decisões, e dá um norte para os membros do colegiado, potencializando as ações coletivas, o alinhamento de ações e a economia de energia (ARGONS, 2017). Este ponto já foi devidamente explorado em uma outra categoria, e se mostrou frágil.

Na categoria inicial Construção de alternativas para tomada de decisão ficou claro que o processo decisório é construído a partir do que é ofertado aos membros do colegiado e que os gerentes das Áreas de Atenção levam para o coletivo as alternativas formatadas, inibindo o processo de construção coletiva. As entrevistas mostraram que a construção de caminhos para a tomada de decisão ainda não é um exercício permanente nos espaços colegiados de Área. Esse processo é importante para o exercício da corresponsabilização, da construção do conhecimento, do sentimento de pertencimento e da criação de um ambiente motivador.

A análise dessa categoria sugere que a informação, que é importante para a deliberação ponderada, ainda é um componente que fragiliza a construção de alternativas possíveis, fragilizando o coletivo, pois as ações estão nas mãos dos gerentes de Área de Atenção. Isso pode causar confusão, pois lembra o modelo de hierarquia verticalizada.

#### **5.1.4 Categoria Interdependência**

Uma unidade hospitalar é um ambiente em que a segmentação é regra vigente, em que se segmentam os espaços, as atividades e as pessoas por categorias profissionais, por especialidades, por processos de trabalho, por tipo de trabalho, e, ainda assim, todas essas partes constituem o todo. Esse todo tem uma tarefa muito difícil que é articular para dentro e para fora, com diversos interlocutores, ora comprando serviços, ora ofertando serviços e com muitas entregas para a sociedade (VELOSO; MALIK, 2007).

Todas essas interatividades que se apresentam para as instituições modernas dificilmente seriam atendidas com as competências individuais de um ou outro membro da instituição. Para tanto, é necessário que um conjunto de pessoas desenvolva atividades de forma interdependente, para que se consiga atingir as metas que são estabelecidas para as partes e para o todo (SANTOS; MOURÃO; ALVES, 2014).

Essa complexidade de atores, de serviços, de recursos e de interação faz com que o ambiente hospitalar se assemelhe a uma rede. A semelhança se dá pelo alto grau de interdependência estabelecida pelo intercâmbio de recursos, de serviços e de poder. A manutenção da estrutura de redes traz desafios administrativos vinculados ao processo de negociação e geração de consensos, ao estabelecimento de regras de atuação, à distribuição de recursos e interação, à construção de mecanismos e processos coletivos de decisão, ao estabelecimento de prioridades e de acompanhamento (FLEURY, 2002).

Interdependência é um conceito que rege as relações entre os indivíduos e em que um único indivíduo é capaz de, através de seus atos, causar efeitos positivos e/ou negativos em toda a sociedade. Ao mesmo tempo, esse mesmo indivíduo é influenciado pelo todo. Segundo Durkheim, a função da divisão do trabalho é a de integrar o corpo social e de assegurar-lhe a unidade. Com essa individualização do trabalho ocorre a individualização dos membros dessa sociedade, que passam a ser solidários por terem uma esfera própria de ação, o que leva a uma interdependência entre o todo e cada um dos seus membros (QUINTANEIRO, 2003).

Extrapolando esse conceito para uma instituição como, por exemplo, uma unidade hospitalar, em que está presente uma variedade de serviços, de unidades,

de categorias profissionais, de especialidades, de estruturas de apoio diagnóstico, é possível admitir a existência de interdependência neste universo.

A categoria final interdependência foi construída a partir das categorias iniciais estímulo à relação Interorganizacional e estímulo à relação Intraorganizacional, que foram agrupadas na categoria intermediária Integração institucional (Quadro 7).

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
Estímulo à relação interorganizacional	Evidencia se o colegiado está promovendo o trabalho com outras áreas da instituição.	Integração institucional	Interdependência
Estímulo à relação Intraorganizacional	Evidencia se o colegiado está promovendo o trabalho entre as unidades que compõem a Área.		

**Quadro 7. Categorias iniciais e intermediárias que formam a categoria Interdependência**

Fonte: elaboração do autor.

Para fins de análise, é importante destacar que o objeto de estudo é o colegiado de Área de Atenção, que se organiza em Unidades de Produção, e não a instituição como um todo. É necessário fazer esse apontamento, pois para avaliar essa categoria estão sendo considerados como território Intraorganizacional os limites dados por uma Área de Atenção, ou seja, as suas Unidades de Produção. Como território Interorganizacional estão sendo considerados os limites que extrapolam uma Área de Atenção, ou seja, as outras Áreas de Atenção e serviços de apoio que estão delimitados pelos limites internos da unidade hospitalar.

A percepção dos sujeitos entrevistados sobre a Área de Atenção promover a integração entre as suas Unidades de Produção mostram um equilíbrio entre as respostas divergentes. As entrevistas PSM 02, PSEM 01, PSEM 02, PSEM 05, PSEM 08, PSEM 11 e PSEM 13 relataram perceber que a Área de Atenção promove a integração entre as suas Unidades de Produção. A entrevistada PSEM 08 fez a observação de que isso às vezes acontece.

Parte das entrevistas que responderam sim manifestaram que a integração acaba acontecendo porque as unidades são pequenas e os profissionais acabam trabalhando em mais de uma unidade, facilitando a integração. As entrevistadas PSM 01, PSM 03, PSEM 03, PSEM 04, PSEM 06, PSEM 07, PSEM 09 e PSEM 12 responderam que não percebem a promoção da integração das Unidades de

Produção. Uma entrevistada (PSEM 12) apontou que a integração acontece às vezes apenas na reunião do colegiado. A entrevistada PSM 03 relatou que a Área de Atenção é pequena e que não percebe nenhum trabalho para fazer a integração.

“Eu acho que não funciona não, não tem integração não. É muita briga para uma coisa que é tão pequenininha.” (PSM 03).

“É... tem construído sim.” (PSEM 11).

“Não. Só no momento do colegiado. Fora isso não tem...” (PSEM 12).

Questionou-se as pessoas entrevistadas se elas percebem a Área de Atenção promovendo ou buscando a integração com outras Áreas e serviços da unidade hospitalar. Como resposta, PSM 02, PSEM 01, PSEM 02, PSEM 03, PSEM 05, PSEM 06, PSEM 08, PSEM 11 e PSEM 13 relataram perceber que existe a promoção ou busca para integração entre as Áreas de Atenção. Duas entrevistadas, PSEM 02 e PSEM 03, deixaram claro que esse ambiente está melhor depois que os gestores da unidade passaram a integrar uma turma de pós-graduação na área de gestão. O curso possibilitou maior aproximação entre os gestores.

“Nesse momento, acho que em função do curso de gestores que está sendo promovido, em parceria com o Sírio e Libanês, está, foi criado esse espaço de interação e de conversa com a obstetrícia e a cirurgia, eu percebo que há este movimento, cirurgia pediátrica.” (PSEM 02).

“Com o curso de gestão, a gente teve essa ligação maior, porque a gente começou a ter contato com as outras pessoas, a saber dos problemas e a participar dos projetos deles também, o que acabou promovendo essa integração, então, eu acho que isso foi um ponto positivo para a gente em termos de integração com as outras áreas.” (PSEM 03).

Uma das pessoas entrevistadas relatou perceber a integração com outras unidades, mas observou que este movimento fica restrito aos gestores de Área, havendo pouca interação dos membros do colegiado. Outra entrevistada (PSEM 06)

questionou se o que existe é integração, já que só ocorre com os médicos e enfermeiros.

“Eu não vivencio isso tão de perto, mas, pelos colegiados, a gente entende que isso existe, está sendo feito.” (PSEM 13).

As entrevistadas PSM 01, PSM 02, PSEM 04, PSEM 09 e PSEM 12 relataram que não perceberam a busca ou promoção de integração com outras Áreas de Atenção. Duas dessas entrevistadas relataram que perceberam alguma integração, mas que foram motivadas por interesses. Uma das entrevistadas (PSEM 07) admitiu desconhecer integração entre as Áreas de Atenção.

Analisando a categoria Interdependência, é possível avaliar que parte das entrevistadas percebe algum movimento de promoção de integração Intraorganizacional e Interorganizacional.

A integração Intraorganizacional em cada Área de Atenção ocorre mais facilmente, pois são pequenas unidades que trabalham com déficit de pessoal, cujos profissionais trabalham em mais de uma Unidade de Produção. O trabalho de integração realizado pelo colegiado não se confirmou nas entrevistas dos sujeitos.

Algumas pessoas entrevistadas identificaram que o movimento de integração interorganizacional acontece por iniciativa dos gerentes de Área de Atenção. Não se trata, portanto, de um processo amadurecido no colegiado, com a participação dos seus membros.

As pessoas entrevistadas relataram que o curso de gestão que foi oferecido aos gestores promoveu maior aproximação entre as diversas Áreas de Atenção e Unidades de Produção.

Os relatos apontam que na percepção das entrevistadas há maior interdependência em relação à participação dos sujeitos das Unidades de Produção e menor interdependência em relação à produção de articulação com outras áreas de Atenção, para dar conta do cuidado. Isso reflete a ideia de cada área de Atenção, como um todo, ser pouco interligada às demais.

### **5.1.5 Categoria Colaboração**

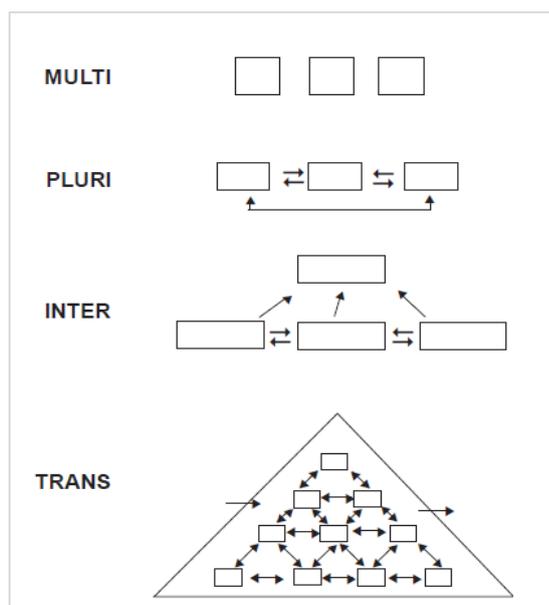
O fato de as pessoas estarem juntas atuando em projetos não significa necessariamente dizer que se está diante de uma situação de colaboração. A colaboração depende do ambiente em que estão ocorrendo as ações. Em um ambiente em que a estrutura tem um forte cariz hierárquico e os papéis dos parceiros podem ser diferenciados, é possível afirmar que não se está diante de uma situação de colaboração. A colaboração pressupõe que os intervenientes trabalhem numa base de igualdade e de ajuda mútua, de maneira a aprofundarem reciprocamente o seu conhecimento (BOAVIDA; PONTE, 2002).

Boavida e Ponte (2002) descrevem que laborar é desenvolver atividades para determinados fins, dentre esses, pensar, preparar, refletir, formar, empenhar-se, mesmo que inicialmente o plano de trabalho não esteja completamente determinado. O que orienta as atividades são os objetivos a alcançar, tendo em primeiro plano os contextos naturais e sociais em que é desenvolvido o trabalho. Portanto, é possível determinar que laborar pode requerer um número grande de operações que se entrelaçam em circunstâncias multivariadas, algumas de grande complexidade, e que esse trabalho em conjunto, em colaboração, requer maior dose de partilha e interação do que a simples realização conjunta de diversas operações.

A categoria Colaboração aqui é entendida como um processo em que se compartilham informações, recursos e responsabilidades, fortalecendo a ideia de cogestão. O ambiente hospitalar abriga diversas disciplinas e profissões em que os saberes se complementam em busca de atender as necessidades da sociedade.

As equipes que atuam em programas e serviços de saúde têm diversos impasses e questões em razão da complexidade da assistência em saúde e do convívio de diversas disciplinas e profissões. Trata-se de uma rede complexa de colaboração, em que a interação interdisciplinar e interprofissional é extremamente sensível (FURTADO, 2007).

As ações de cogestão têm potencial de criar uma potente rede de colaboração que possibilita o encontro, a troca, a construção do conhecimento, a afetação recíproca, o aprendizado, a multiplicidade das visões e a arte da conversa (SANTOS, 2015). Percebe-se que num ambiente em que várias formas de interação estão presentes e cujo principal agente norteador é a colaboração, seu exercício deve se dar nos diversos espaços, principalmente em arranjos desenvolvidos para a gestão (Figura 2).



**Figura 2. Formas de interação possíveis num ambiente complexo - Modelo de Jantsch**

Fonte: adaptado por Silva (2001, p. 4).

A ideia de colaboração pressupõe um processo de criação compartilhada, de planejamento, de implantação, de construção e avaliação, de tal forma que um agente externo tenha a imagem de uma identidade comum (BOAVIDA; PONTE, 2002).

A categoria inicial Colaboração foi construída a partir das categorias iniciais Colaboração dos atores e Tempo de colegiado e presença de confiança, que foram agrupadas na categoria intermediária Formação de equipe e Participação na tomada de decisões e comparecimento s reuniões, agrupadas na categoria intermediária Comprometimento (Quadro 8).

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
Colaboração dos atores	Evidencia o quanto os atores estão colaborando.	Formação de equipe	Colaboração
Tempo de colegiado e presença de confiança	Evidencia o quanto o tempo tem peso no estabelecimento de confiança.		
Participação na tomada de decisões	Evidencia o quanto o membro do colegiado tem participado de um modelo em que a participação é mola mestra.	Comprometimento	
Comparecimento às reuniões colegiadas	Evidencia a frequência com que o membro do colegiado está presente nos espaços colegiados.		

**Quadro 8. Categorias iniciais e intermediárias que formam a categoria Colaboração**

Fonte: elaboração do autor.

As pessoas entrevistadas foram questionadas se conseguiam identificar a sua função no colegiado de Área. Entenda-se função como um papel a ser desempenhado na dinâmica de funcionamento do colegiado que está sob o regime de cogestão, ou seja, a sua colaboração. Como resposta, as entrevistas de PSEM 01, PSEM 03, PSEM 04, PSEM 05, PSEM 07, PSEM 10, PSEM 12 e PSEM 13 mostram que as entrevistadas percebem haver um papel a ser desempenhado por elas. Como algumas são gestoras de Unidades de Produção, elas relatam que o papel delas é levar as demandas para a Área de Atenção e repassar as informações colhidas da Área de Atenção para os componentes da sua Unidade de Produção.

“Atualmente é como gestora de UP. E aí, a participação é de levar as demandas da minha UP para o colegiado de área.” (PSEM 03).

“Eu me sinto como uma porta-voz, tanto para levar as demandas que a gente tem na minha unidade de produção, para que o gestor da Área tenha ciência, como de receber as informações da área para levar pra... como se fosse um catalizador mesmo, sabe?” (PSEM 05).

“Eu represento aquela Unidade de Produção para a Área de Atenção”. (PSEM 12).

Uma das pessoas entrevistadas relata que o seu papel é de ser uma participante, uma representante da sua categoria profissional.

“como uma participante, uma representante, né, uma representante de uma categoria que leva... tipo uma porta-voz mesmo de uma categoria, mas que, para discutir a questão que visa o benefício do todo, né? Do coletivo”. (PSEM 07).

As entrevistas de PSEM 02, PSEM 06, PSM 02, PSEM 08, PSEM 09, PSEM 11, PSM 01 e PSM 03 mostram que as entrevistadas desconhecem haver funções para os membros do colegiado.

“Então, isso não está muito claro, assim, o que eu acho que deveria ser a função, não é o que acontece. Não... o colegiado fica como um lugar de exposição de queixas e apresentação de

informes e não de tomada de decisão compartilhada.” (PSEM 09).

A análise dos relatos mostra que metade dos membros dos colegiados das Área de Atenção entrevistados entendem ter o papel de levar as demandas de suas Unidades de Produção para encontrar soluções no colegiado de Área de Atenção. Entendem que também têm o papel de levar para os colegiados das Unidades de Produção o que foi deliberado nos colegiados das Áreas de Atenção e as informações que são disponibilizadas.

A categoria inicial Presença de confiança pode ser relacionada à informação que é encaminhada para que os membros do colegiado façam as deliberações de uma forma mais qualificada. Os membros do colegiado chegaram a relatar que eles ficam sabendo aquilo que os gerentes levam para os colegiados e que não é possível saber se todas as informações chegam a esse espaço. Como visto anteriormente, poucas informações são ofertadas às pessoas entrevistadas que são membros dos colegiados.

“Se não trouxer, você não sabe.” (PSEM 01).

Os entrevistados relataram que as informações ficam restritas a um grupo pequeno de pessoas. A assimetria de informações é um fator a ser pesado, visto que os gerentes controlam as informações e, portanto, determinam o alcance, o tipo e a sua profundidade, estabelecendo a confiança, o que é vital para o desenvolvimento de atividades colegiadas (BERTOLIN et al., 2008).

O período de permanência dos entrevistados foi colocado nessa categoria por dois fatores importantes. Um deles é o tempo, pois o tempo longo de convívio pode estabelecer elos fortes nas relações e criar vínculos de confiança entre as pessoas. O outro fator importante é o fato de muitos dos entrevistados estarem desde o início ajudando na modelagem e no desenvolvimento das decisões e ações colegiadas.

As entrevistas mostram que parte das pessoas entrevistadas estão participando dos colegiados de Área de Atenção desde que foi iniciado o processo de implantação da cogestão, com a constituição de colegiados nos diversos níveis de gestão.

As entrevistadas PSEM 01, PSEM 02, PSEM 03, PSEM 04, PSEM 05, PSEM 08 e PSM 02 relataram que participam dos colegiados desde o momento em que começaram a ser implantados. O processo de implantação da cogestão teve início em 2011 e, por isso, muitos citam este como o ano em que passaram a fazer parte. Contudo, a entrevistada PSEM 06 relatou que a sua participação se dá desde o início e citou o ano de 2013 como o início de sua participação.

O ano de 2013 ainda é um ano em que muitos colegiados ainda estavam se consolidando, por isso, a referência de PSEM 06 ao ano. Outros membros foram incorporados ao longo do tempo e por diversos motivos. Conforme a entrevista de PSEM12, inicialmente só os médicos eram chamados para as reuniões de colegiado, e com o fortalecimento da gestão por duplas de gestores, houve então a sua incorporação em 2014.

A entrevistada PSEM 09 relatou que passou a integrar o colegiado há aproximadamente dois anos, em substituição à antiga profissional que ocupava uma vaga e se aposentou. PSM 03 também relatou que participa há cerca de dois anos.

As entrevistadas PSEM 07, PSEM 13 e PSM 01 identificaram o ano de 2017 como o ano em que passam a fazer parte do colegiado por assumirem o cargo de gestoras de Unidades de Produção.

A entrevistada PSEM 10 relatou que está desde agosto de 2017 na composição e PSEM 11 relatou que está desde 2017, após ter solicitado a sua inclusão como membro do colegiado.

Nessa categoria, é possível perceber que os dois fatores que foram tomados para avaliação da presença de confiança estão em situações díspares, pois a informação, que tem papel forte no que diz respeito a criar um ambiente de confiança, está fragilizada, visto que não é entregue a todos os membros do colegiado. Por outro lado, o tempo de permanência mostra que parte importante das pessoas entrevistadas está desde o início na composição dos colegiados, ajudando na modelagem e consolidação do modelo de colegiado e fortalecendo os elos de confiança.

Na categoria inicial participação na tomada de decisões os entrevistados relataram que participam de tomadas de decisões, mas que não há o processo de construção de alternativas para as deliberações. As pessoas entrevistadas relataram que as alternativas já chegam prontas e são ofertadas como as alternativas possíveis. Existem relatos que mostram que os colegiados de área funcionam como um espaço para informes de decisões já tomadas e de informes vindos de outras instâncias.

“Olha, das reuniões que eu participei, que das última infelizmente eu não pude comparecer, não era um processo de decisão conjunta, né, era mais uma apresentação de decisões ou de problemas e já com sugestões prontas”. (PSEM 02).

A categoria inicial Comparecimento às reuniões colegiadas mostrou que os entrevistados comparecem às reuniões com regularidade, e que quando não vão é por motivo de férias, doença ou dias em que não estão na escala de trabalho.

As entrevistadas PSEM 01, PSEM 02, PSEM 06, PSEM 03, PSEM 04, PSEM 05, PSEM 06, PSEM 07, PSEM 08, PSEM 09, PSEM 10, PSEM 11, PSEM 12, PSEM 13 e PSM 03 relataram que comparecem às reuniões.

Avaliando a categoria final Colaboração, é possível identificar que existem fragilidades que precisam ser vistas e mais bem trabalhadas. Os membros dos colegiados estão comparecendo às reuniões, mas ficam impossibilitados de colaborar pois não está claro para muitos qual é o seu papel nesse arranjo. Outras pessoas entendem que este papel é o de intermediário entre Unidades de Produção e Áreas de Atenção. A presença de confiança fica prejudicada no quesito informação, pois a assimetria identificada pode gerar um ambiente de desconfiança, mas o tempo de permanência nos colegiados, em que alguns membros estão desde o início, pode, de alguma forma, estabelecer vínculos de confiança correlacionados com outros aspectos da relação humana.

No que diz respeito à participação na tomada de decisões, como visto, há um grande prejuízo, pois, as decisões ainda são tomadas por poucos, fato que se agrava quando os membros do colegiado têm dúvidas sobre a sua função nesse arranjo e dispõem de poucas informações para ampliar a sua participação.

#### **5.1.6 Categoria Liderança**

Liderança é um fenômeno de grupo, pois individualmente não se pode ser líder de si mesmo. A liderança se dá por meio dos relacionamentos que existem entre pessoas em determinada estrutura social e organizacional, onde a influência interpessoal exercida numa situação é dirigida por meio do processo de comunicação humana direcionada para a consecução de um ou de diversos objetivos específicos, como conduzir ações ou influenciar o comportamento e a mentalidade de outras pessoas (CASTILHO, 2010).

Para desempenhar o papel de líder é necessário que o indivíduo reúna características capazes de estimular uma equipe, de conduzir as pessoas na direção de um mesmo objetivo, de proporcionar aos colaboradores um ambiente agradável e de conseguir fazer com que estes se sintam parte da organização, proporcionando-lhes o crescimento profissional, contribuindo desta forma para o desenvolvimento da organização (BRUNÓRIO; PASOTTI; CARDOSO, 2017).

Hollander (1992) descreve que tanto líderes quanto liderados desempenham papéis ativos, dada a realidade que as funções organizacionais exigem em todos os níveis. Liderança não repousa em um único indivíduo, mas é pluralista e fluida, que se explica, em parte, devido ao cruzamento da estrutura formal por redes informais.

Em estruturas com hierarquia verticalizada, a liderança pertence a uma pessoa que foi designada para este papel, não considerando que os liderados têm papel ativo e podem afetar e até restringir a atividade dos líderes. Em ambientes favoráveis, este papel de líder e liderado podem se alternar, modulando e alterando a capacidade de resposta do grupo, tudo em função da identificação das necessidades, expectativas e percepções dos liderados, que como se espera do líder, também tem que ter qualidades, tais como confiabilidade, competência e honestidade. O liderado pode ser visto como capaz de avaliar e assumir funções de liderança, direcionando as atividades, incluindo a tomada de decisões, a definição de metas, a comunicação e a adjudicação de conflitos (HOLLANDER, 1992). Nesse sentido, o colegiado é um ambiente que favorece a alternância entre líderes e liderados, dependendo do contexto, do tema e da expertise de cada um dos seus membros.

A categoria Liderança foi construída a partir das categorias iniciais Identificação de lideranças e Atuação das lideranças, que formam a categoria intermediária Percepção da presença de líderes; e das categorias iniciais Ambiente e Colaboração nas decisões, que formam a categoria intermediária Horizontalização da gestão (Quadro 9).

A categoria intermediária Identificação de lideranças foi respondida com as pessoas entrevistadas sendo questionadas se conseguem perceber a presença de pessoas com o perfil de lideranças compondo os colegiados de Área de Atenção e a sua atuação.

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
Identificação de lideranças	Identificar se o coletivo identifica perfis de liderança.	Percepção da presença de líderes	Liderança
Atuação de lideranças	Identificar se no ambiente colegiado há a influência de lideranças.		
Ambiente	Identificar se o ambiente favorece o trabalho de lideranças.	Horizontalização da gestão	
Colaboração nas decisões	Identificar se existe maturidade para deliberações conjuntas.		

**Quadro 9. Apresenta as categorias iniciais e intermediárias que formam a categoria liderança**

Fonte: elaboração do autor.

A primeira pergunta teve o objetivo de verificar se as entrevistadas percebem haver pessoas com aparente perfil de liderança, e a segunda pergunta teve o objetivo de verificar se essas lideranças estão sendo percebidas devido a um ambiente que favorece a atuação e sua identificação.

Conforme os relatos, as pessoas entrevistadas percebem que existem indivíduos com perfil de liderança compondo os colegiados de Áreas. As entrevistadas PSEM 01, PSEM 03, PSEM 04, PSEM 05, PSEM 07, PSEM 08, PSEM 09, PSEM10, PSEM 11, PSEM 12, PSEM 13, PSM 01, PSM 02 e PSM 03 relataram a identificação de indivíduos com perfil de liderança nas Áreas.

Chama a atenção a entrevista de PSEM 09, que traz a questão motivacional como um fator que interfere no desempenho das pessoas identificadas com perfil de liderança.

“Não... eu acho que sim. Eu acho que sim, mas o problema é que, realmente, assim, tem muita gente que não está mais tão motivada. Então, o colegiado flutua muito, eu acho que..., mas que teriam sim.” (PSEM 09).

As entrevistadas PSEM 02 e PSEM 06 responderam que não percebem pessoas com perfil de liderança. Nos dois casos os motivos são diferentes. A entrevistada PSEM 02 relatou ser muito cedo para detectar pessoas com perfil de liderança:

“Bem, eu acho que ainda está muito cedo para se conseguir detectar isso, porque, a questão do perfil de liderança, ela também se coloca de uma forma muito específica. Porque as

“pessoas podem ser líderes para determinadas situações e outras não. Há uma questão do contexto também.” (PSEM 02).

A entrevistada PSEM 06 relatou que o contexto atual não possibilita a percepção de pessoas com perfil de liderança, e fez uma correlação com o atual colegiado de Área:

“Não, do colegiado atual, não percebo liderança não.” (PSEM 06)

Nas entrevistas em que houve a pergunta “você consegue identificar no colegiado as lideranças” as respostas foram positivas, mas há várias nuances nas respostas que merecem atenção. As entrevistadas PSEM 01, PSEM 03, PSEM 04, PSEM 05, PSEM 07, PSEM 08, PSEM 09, PSEM 10, PSEM 11, PSEM 12, PSEM 13, PSM 01, PSM 02 e PSM 03 responderam que conseguem identificar as lideranças atuando. A entrevistada PSEM 11 relata que consegue identificar a atuação das lideranças, mas que o ambiente ainda não é muito bom para isso. Essa fala foi corroborada na entrevista de PSEM 08, que identificou que o modelo ainda está em implantação, sendo este um momento de transição do modelo antigo para o novo, e que precisa melhorar.

“Ah, o ambiente ainda não é muito bom para isso não, mas dá para perceber quem é líder, né, mas se não tem espaço para deliberar, você... não tem como. Lógico. Você consegue identificar quem é líder, mas você sabe quando aquela pessoa não consegue ir à frente.” (PSEM 11).

“[...] acho que as pessoas estão tendo um pouco mais de participação de fato, né, nos colegiados e... precisa melhorar, eu acho que, talvez, algumas lideranças não se sobressaiam da forma que deveria, por conta do modelo, que a gente ainda está num modelo meio... meio lá, meio cá.” (PSEM 08).

A entrevistada PSEM 12 relatou haver pessoas com perfil de liderança maior do que as pessoas que ocupam essa posição, mas que preferem não se envolver por problemas pessoais, por não quererem embates, e por isso não participam.

“Não. Existem pessoas com perfil de liderança, que não estão participando, entendeu? E eu acho que por questões pessoais e... sei lá... não querem embate. Tem pessoas que têm até mais perfil do que as próprias pessoas que estão como líderes. Mas tem que haver um movimento e eu não sei se as pessoas estão dispostas a isso... não sei.” (PSEM 12).

A entrevistada PSEM 09 reafirma o que foi dito pela entrevistada PSEM 12, e traz uma outra questão que é o fato de haverem pessoas com perfil de liderança, mas que não têm voz.

“As lideranças, eu acho que elas se apresentam, elas se mostram, mas as outras pessoas com o perfil, muitas vezes, não têm voz. Eu acho que quem é líder lá, todo mundo sabe.” (PSEM 09).

As entrevistadas PSM 02 e PSM 03 complementam a entrevista de PSEM 08 no que diz respeito à transição de um modelo de gestão para o outro. Segundo PSEM 08, o processo de implantação “ainda está meio lá, meio cá”, o que PSM 03 também relatou em sua entrevista.

“Eu acho que no colegiado não tem tanta liderança, tem mais o perfil antigo de hierarquia. As pessoas que estão na liderança seriam mais por perfil hierárquico.” (PSM 03).

A entrevistada PSM 02 relatou que a participação é uma abertura que é dada as pessoas, mas sempre com alguém no comando, e que é possível dar protagonismo às outras pessoas.

“Assim, eu acho que você chama...- E aí elas também passam a ter algum protagonismo. É, exatamente. Você dá a importância para as pessoas e você... é lógico, você sempre tem que ter alguém no comando, mas não é um comando de ditadura. É um comando porque é importante ter alguém à frente para levar isso adiante.” (PSM 02).

A categoria intermediária Percepção da presença de líderes mostra que as pessoas entrevistadas reconhecem a presença de perfis de liderança e que é possível ter percepção da atuação delas nas discussões dos colegiados de Áreas de Atenção.

No geral, a categoria intermediária mostra que existe ainda um caminho a ser percorrido e que o acompanhamento dos ambientes e o acompanhamento da dinâmica de funcionamento dos colegiados, por parte das gestões superiores e dos apoiadores, pode ajudar nesse processo de implantação da cogestão.

Em relação à categoria Horizontalização da gestão, as entrevistadas PSEM 01, PSEM 02, PSEM 03, PSEM 04, PSEM 05, PSEM 07, PSEM 08, PSEM 10, PSEM 11, PSEM 12, PSEM 13, PSM 01, PSM 02 e PSM 03 relataram ser possível perceber que o modelo de gestão ajuda no aparecimento de lideranças.

A entrevistada PSEM 02 entende que o modelo, se funcionar como foi pensado, realmente pode ajudar no aparecimento de lideranças.

“Se ele funcionar efetivamente como é concebido, sim.” (PSEM 02).

A entrevistada PSM 03 mostra que existe dúvida se o modelo de gestão favorece o aparecimento de lideranças.

“Umhum. É, talvez, sim, mas... eu não percebi ainda não.” (PSM 01).

A entrevistada PSM 03 considerou que o modelo quebra a hegemonia da gestão médica, que colocava os médicos numa posição superior e todos os outros embaixo. O modelo, segundo PSM 03, possibilita dar voz aos demais profissionais de saúde.

“Você tira meio que aquela hegemonia do médico de um lado e todo mundo embaixo, você possibilita outras pessoas falarem, quem quiser falar, muda o regime que é mais tradicional.” (PSM 03).

As entrevistadas PSEM 02 e PSEM 09 demonstraram não perceber que o modelo vigente ajuda no aparecimento de lideranças, e a entrevistada PSEM 06 relatou que a dinâmica de funcionamento do colegiado intimida as pessoas.

“Não. Não, porque eu acho que as pessoas ficam um pouco intimidadas com o que é posto.” (PSEM 06).

A categoria intermediária Horizontalização da gestão é composta também da categoria inicial Colaboração nas decisões, discutida anteriormente (ver item 5.1.5), por meio da qual foi possível identificar que os colegiados de Área de Atenção estão funcionando como espaço para dar voz aos seus integrantes e de informes, mas que ainda é um espaço de poucas deliberações.

A categoria intermediária Horizontalização da gestão, pelos dados apontados, precisa de acompanhamento da gestão superior e dos apoiadores para garantir que os colegiados de Áreas de Atenção sejam potentes para o surgimento de lideranças.

A categoria final Liderança mostra que existem pessoas que são percebidas com o perfil de líderes e que algumas conseguem desempenhar esse papel. Da mesma forma, as entrevistadas conseguem identificar que o ambiente promovido pelo modelo de gestão favorece ao aparecimento de novas lideranças. No que diz respeito às deliberações como fruto da maturidade das lideranças de tornar esse ambiente rico em ações, é possível notar que não há maturidade, e que é necessário um maior aprendizado sobre o modelo de gestão que está sendo adotado e suas potencialidades na solução de problemas. Portanto, ainda são poucas as deliberações.

## **5.2 Capítulo II – Categorias analíticas relacionadas à percepção dos colaboradores – Avanços e desafios da cogestão**

As categorias Avanços e desafios foram construídas com perguntas diretas sobre o que os entrevistados perceberam como avanços (entendendo-os como os efeitos positivos correlacionados ao novo modelo de gestão) e o que eles perceberam como desafios (entendendo-os como obstáculos que retardam, impedem ou inviabilizam a implantação da cogestão), adotando o modelo de colegiados (VICK et al., 2015).

Como avanços e desafios já são as categorias finais, transcorreu-se à análise dos dados construindo categorias intermediárias a partir das respostas dos entrevistados.

### 5.2.1 Categoria Avanços

Várias foram as contribuições dos entrevistados sobre pontos que para eles se mostraram como avanços ao longo do processo de implantação da cogestão numa unidade hospitalar, com toda a sua complexidade. Essas colaborações foram agrupadas em categorias intermediárias, descritas a seguir.

#### 5.2.1.1 Categoria intermediária Gestão democrática

A categoria intermediária Gestão democrática (Quadro 10) traz várias colaborações sobre o que os participantes entenderam como avanços durante o processo de implantação que está em curso.

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
Democratização da voz, apresentação de temas de pauta e espaço para atuar politicamente	Identifica que os membros do colegiado passaram a ter direito a voz e a atuar politicamente, denotando a abertura da gestão.	Gestão democrática	Avanços
Inserção de outras categorias profissionais no processo decisório	Evidencia que está ocorrendo a mudança do modelo. Antes só médicos participavam.		
Duplas gestoras multiprofissionais	Identifica o compartilhamento do processo de gestão.		
Compartilhamento de decisões	Identifica o quanto se avançou em direção ao novo modelo.		

**Quadro 10. Categorias iniciais que formam a categoria intermediária Gestão democrática e a categoria final Avanços**

Fonte: elaboração do autor.

Os entrevistados trouxeram como um dos avanços a democratização da voz, pois os integrantes passaram a ter um espaço em que é possível falar, manifestar-se, dar opinião, atuar politicamente, apresentar pontos de pauta, o que, segundo relatos, não acontecia no modelo de gestão verticalizada e extremamente hierárquica antes adotado, superado o início da implantação da cogestão.

“Um grande avanço é a construção dos espaços coletivos em que a gente consegue ter voz. Isso é um grande avanço.” (PSEM 10).

“A gente ainda pode colocar uma pauta, desde que participe a chefia do que que você quer.....” (PSEM 06).

“Eu acho que possibilita todo mundo dar sua opinião, mesmo que a opinião dele não vá mudar, pelo menos, acho que é mais ouvido.” (PSM 01).

A inserção de outras categorias profissionais no processo decisório foi identificada como positiva durante o processo de implantação da cogestão, pois, até então, somente os profissionais médicos tomavam as decisões. Com o novo modelo, outros profissionais passaram a participar do processo de decisão, possibilitando a construção de novos saberes e o exercício da corresponsabilidade.

“Acho que o grande avanço é poder discutir com outros profissionais os processos de gestão e os processos de trabalho, poder... essa coisa de multidisciplinaridade mesmo e de poder levar mais próximo do diretor, da gestão, as demandas, da ponta.” (PSEM 04).

“Eu acho que a mais importante é a tomada de decisão junto.” (PSEM 08).

As pessoas entrevistadas relataram que foi positiva a adoção de duplas gestoras multiprofissionais, abrindo a possibilidade de outros profissionais de saúde participarem da gestão das Unidades de Produção e das Áreas de Atenção.

“Para mim, o maior avanço foi ter trazido a discussão das duplas multiprofissionais. [...] Eu acho que você atuar politicamente num espaço [...]” (PSEM 01).

Fontoura (2017) destaca, entre os gestores, a ideia de cogestão como forma de pensar a tomada de decisão sobre uma base participativa e democrática, tendo como efeitos a democratização das relações e o aumento da participação dos trabalhadores, o que corrobora as falas apresentadas.

### 5.2.1.2 Categoria intermediária Democracia no trabalho

A categoria intermediária Democracia no trabalho, construída a partir das entrevistas, é entendida como avanço da implantação da cogestão (Quadro 11).

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
Identificação dos processos de trabalho da Área	Evidencia que os processos de trabalho estão sendo discutidos.	Democracia no trabalho	Avanços
Visibilidade	Identifica o quanto está sendo possível perceber a presença de outros atores.		

**Quadro 11. Categorias iniciais que formam a categoria intermediária Democracia no trabalho e a categoria final Avanços**

Fonte: elaboração do autor.

O trabalho multidisciplinar foi identificado como um fator para inclusão de outros profissionais de saúde na construção de processos decisórios e de organização do trabalho.

“Eu acho que, sem dúvida, é esse trabalho multidisciplinar. Eu acho que isso, assim, é fantástico.” (PSM 02).

A identificação dos processos de trabalho existentes na Área de Atenção, apontados como um fator importante, conquistados ao longo do tempo, possibilitam o fortalecimento da equipe multiprofissional, dá maior visibilidade e promove a ampliação da potência nas ações em saúde na Área de Atenção.

“Eu acho que é permitir a participação de todos. Assim, de todos. De mais do que a categoria médica. Que antes era restrito o colegiado de área, eram praticamente os médicos.” (PSEM 12).

“Conhecer o trabalho do outro, ser ouvida, ser vista. Não ser vista no sentido “ah, tão... tão olhando o meu trabalho”, não é olhando para mim. Olhando o meu trabalho, olhando o que eu faço e, de certa forma, sendo cobrada pelo meu trabalho, porque eu não posso simplesmente chegar ali naquele espaço, para que ele vire um muro de lamentações.” (PSEM 05).

Segundo Campos (1998), o modelo cogestivo também busca estimular os trabalhadores a ampliarem sua capacidade de reflexão e de realização profissional e pessoal.

### 5.2.1.3 Categoria intermediária Informação e comunicação no processo de trabalho

A categoria intermediária Informação e comunicação no processo de trabalho (Quadro 12) traz como categorias iniciais o acesso à informação, o conhecimento do trabalho dos membros do colegiado e a comunicação, todas relacionadas ao aumento da participação e à consolidação dos laços de equipe.

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
Acesso à informação	Reconhece que as informações estão chegando às pessoas.	Comunicação e informação no processo de trabalho	Avanços
Espaço de discussão	Possibilita maior interlocução.		
Comunicação	Possibilita uma melhor interação entre os atore		

**Quadro 12. Categorias iniciais que formam a categoria intermediária Informação e comunicação no processo de trabalho e a categoria final Avanços**

Fonte: elaboração do autor.

“Eu acredito na melhora da comunicação. A gente ainda tem um caminho aí, uma estrada aí a percorrer, mas hoje a gente conversa muito mais internamente.” (PSEM 03).

“Eu acho que é a comunicação da informação.” (PSEM 11).

As entrevistas demonstram que o atual modelo de gestão é muito melhor do que o modelo anterior, que afastava as pessoas e limitava tanto a participação quanto o acesso à informação.

“Antes era muito verticalizado, agora a gente consegue, ainda que a gente não tenha avançado tanto, mas uma conversa um pouco mais horizontal. Isso eu acho que está sendo importante também.” (PSEM 04).

Entretanto, todos reconhecem que o atual modelo ainda não está atendendo plenamente o que foi adotado como modelo padrão.

“É, eu acho que tudo vale a pena. Assim, o pouco que se tem, é alguma coisa.” (PSEM 06).

“Eu não consigo ver ainda, nessa área, ganhos. Eu acho que está muito igual. Eu acho que a teoria é melhor do que a prática, então, eu não vejo nenhum ganho ainda.” (PSEM 09).

A categoria Avanços demonstra que os ganhos se referem à maior participação dos diversos atores nos espaços coletivos, até então restrita aos profissionais médicos, agora permitida para outras categorias profissionais que passam a ter voz nos processos decisórios, inclusive com profissionais de diversas áreas compondo as duplas de gestores.

A possibilidade de maior interação dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, com a possibilidade de reconhecimento da dimensão de suas práticas profissionais e conhecimento dos processos de trabalho, também são pontos importantes e citados como promotores do fortalecimento da equipe.

A integração entre Áreas de Atenção e Unidades de Produção de uma organização pode ser alcançada por meio da gestão de processos, pois sob uma ótica funcional a instituição é fragmentada, com as equipes dentro de caixas no organograma. A gestão de processos possibilita o alinhamento horizontal em que as áreas passam a se ver dentro de uma lógica de processos, alinhadas com a agenda estratégica da instituição (JARDIM, 2011).

É possível observar que os ganhos não foram muitos. No entanto, apesar de serem poucos em número, tiveram efeito muito positivo nas pessoas que participaram da pesquisa.

### **5.2.2 Categoria Desafios**

Várias foram as contribuições dos entrevistados sobre o que para eles se mostra como desafio ao longo do processo de implantação da cogestão numa unidade hospitalar, com toda a sua complexidade e com pouca permeabilidade a mudanças.

Essas colaborações foram agrupadas em categorias intermediárias, conforme descrito na sequência.

### 5.2.2.1 Categoria intermediária Execução/Práticas

Na categoria intermediária Execução/Práticas (Quadro 13) as pessoas entrevistadas relataram dificuldade de execução das decisões colegiadas estabelecidas por parte dos gestores das Áreas de Atenção. Isso gera certa confusão sobre qual tipo de gestão está sendo exercido.

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
Implementação das deliberações	Quanto do que foi deliberado no colegiado é posto em funcionamento pelos gestores?	Execução/prática	Desafios
Decisão oligárquica	Evidencia que poucos na composição colegiada é que decidem.		
Dependência do líder de Área	Evidencia o quanto o colegiado está submetido às decisões do líder de Área para o seu funcionamento.		

**Quadro 13. Categorias iniciais que formam a categoria intermediária Execução/Prática e a categoria final Desafios**

Fonte: elaboração do autor.

“É você sair de uma parte de discussão e você implementar aquilo. A consolidação do que é falado, virar uma norma e ser atendido e não, ah, a gente discute, discute, discute, e no final, bem, sou eu que decido.” (PSM 03).

“[...] as decisões têm que ser tomadas em conjunto, e isso não acontece.” (PSEM 09).

“Por outro lado, é muito difícil pros gestores, migrarem de um modelo em que eles decidiam tudo sozinhos, para um modelo em que eles precisam decidir junto com um grupo e isso eu acho que é um grande desafio, porque é uma escuta que, às vezes, ela encontra barreiras.” (PSEM 10).

As entrevistas demonstram que as decisões são tomadas por um pequeno grupo de pessoas que oferece as alternativas prontas para os demais membros do colegiado, não sendo um trabalho de construção coletiva. Fica a cargo dos gerentes

de Área de Atenção grande parte das deliberações (modelo oligárquico). Entretanto, Fontoura (2017) aponta que na visão dos gestores o processo de gestão não parece ser tarefa de um.

“Algumas decisões ainda são muito verticalizadas, por mais que o colegiado, acho que tem me proporcionado a questão da conversa horizontalizada, algumas decisões ainda são verticalizadas.” (PSEM 04).

A forte dependência dos gestores de Área de Atenção apontada para o funcionamento dos colegiados de Área de Atenção é um ponto em que há muito que amadurecer em relação ao papel dos demais sujeitos envolvidos.

“Um desafio... mantê-lo... manter esse ambiente propositivo, de discussão, porque ele fica muito, em algumas situações, a gente passou por isso nesse período em que ele está implantado, ele é muito dependente do líder da área. Ele ainda... eu acho que a gente não está maduro o suficiente para aquela coisa assim, independente... porque ele não tem que estar vinculado a uma pessoa, ele não tem que estar vinculado a um gestor, ele tem que estar vinculado aos trabalhadores que fazem parte dele.” (PSEM 05).

A ideia de dependência pode estar relacionada à autoridade/poder que o gestor ocupa na tomada de decisão, configurando um modelo de transição.

#### *5.2.2.2 Categoria intermediária Planejamento/Desenho do modelo de gestão*

Foram muitos os relatos de que o modelo que existia antes da implantação da cogestão era extremamente verticalizado, com poucas oportunidades de participação e sem direito a voz.

Com base na categoria intermediária Planejamento/Desenho do modelo de gestão (Quadro 14), observa-se que as pessoas entrevistadas ainda não sabem em que ponto querem chegar, desconhecendo o modelo de cogestão que é descrito por Gastão Wagner Campos (1998) e adotado pela instituição.

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
Qual o formato de cogestão que se quer atingir	Mostra o quanto não está claro para os membros do colegiado qual o formato de cogestão que está sendo implantado.	Planejamento/ Desenho do modelo de gestão	Desafios
Diferença do antigo modelo para o novo	Dificuldade de perceber a diferença deste modelo para o antigo.		

**Quadro 14. Categorias iniciais que formam a categoria intermediária Planejamento/Desenho do modelo de gestão e a categoria final Desafios**

Fonte: elaboração do autor.

O modelo de gestão que está sendo implantado, segundo todos os entrevistados, apesar das dificuldades, é muito melhor do que o modelo anterior, pois possibilita ter voz, ter participação e experimentar o sentimento de pertencimento. Algumas pessoas entrevistadas relataram dificuldade de identificar a diferença entre o modelo antigo e o modelo de cogestão, pois os espaços de deliberação ainda não estão plenos no que diz respeito a autonomia, efetividade e aceitação.

“Acho que as pessoas entenderem o que é o colegiado, de fato, pra que serve o colegiado, o colegiado como, onde, quando, pra que, e o impacto que isso tem nos termos de gerenciamento de leite, melhora de indicadores, eu acho que isso é um grande desafio ainda.” (PSEM 03).

“Quando a gente não conhece muito bem como que isso deveria funcionar, você acaba aceitando, mesmo que isso te gere uma insatisfação, você acaba aceitando aquilo ali, mesmo sabendo que não é o ideal, que não é como deveria estar sendo feito, você acaba aceitando... enfim...” (PSEM 06).

“Eu acho que falta as pessoas entenderem melhor como é esse modelo. Como... que é para ser feito, o objetivo eu acho que... acho que é por aí, as pessoas entenderem mais como é que... a grande diferença do antigo para o novo, eu acho que isso ainda é um pouco...” (PSM 01).

### 5.2.2.3 Categoria intermediária Cultura organizacional

Na categoria intermediária Cultura organizacional (Quadro 15), as pessoas entrevistadas relataram existir uma dificuldade grande de quebrar algumas barreiras que há anos determinam o funcionamento da instituição.

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
Quebra de barreiras	Demonstra o quanto ainda persiste do modelo antigo na nova forma de gestão.	Cultura organizacional	Desafios
Mudança cultural	Afirma a dificuldade/resistência para implementação do novo modelo de gestão.		

**Quadro 15. Categorias iniciais que formam a categoria intermediária Cultura organizacional e a categoria final Desafios**

Fonte: elaboração do autor.

“Existem pessoas muito resistentes, existem setores e unidades de produção muito resistentes à ideia do colegiado.” (PSEM 01).

“A mudança cultural para algumas categorias profissionais, aí eu estou categorizando mesmo, ainda é muito difícil, algumas pessoas são muito resistentes, mas está mudando. A gente já conseguiu uma melhora muito grande, inclusive, de pessoas que eu pensei que nunca fossem aderir.” (PSEM 03).

“Então, mudar um pouco, porque, normalmente, quem está na gestão, são as pessoas, ainda aqui são as pessoas mais antigas. Eu acho que isso acaba sendo um desafio, porque a pessoa vem de muitos anos, fazendo aquilo daquela forma e eu acho que isso é o desafio mesmo, né, mudar o pensamento de quem ainda faz parte.” (PSEM 08).

Para os sujeitos entrevistados, o modelo médico centrado ainda é muito forte e alguns chefes estão na mesma posição há décadas, o que faz com que seja difícil a implantação das mudanças que estão sendo estabelecidas pela direção superior. Esse processo de mudança cultural exige um esforço grande por parte dos diversos atores, além de determinação das gerências e um trabalho grande no que diz respeito ao alcance da informação. Essa informação tem que alcançar o maior número de

peças possíveis, contando com o trabalho das gerências intermediárias e superiores para que não ocorram distorções ou restrições.

#### 5.2.2.4 Categoria intermediária regras/normas

Na categoria intermediária Regras/Normas (Quadro 16), as entrevistas demonstram que esta é uma categoria que precisa de um acompanhamento intenso para que se tenha sucesso no processo de implantação da cogestão.

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
Falta de regras e normas de uniformização do funcionamento	Mostra que a falta de uniformidade dificulta identificar o modelo.	Regras/normas	Desafios
Comunicação	Mostra o quanto o processo de comunicação precisa melhorar.		
Capilarização das deliberações colegiadas	Dificuldade de fazer com que as deliberações alcancem o coletivo de trabalhadores da Área.		

**Quadro 16. Categorias iniciais que formam a categoria intermediária Regras/Normas e a categoria final Desafios**

Fonte: elaboração do autor.

As entrevistadas relataram que não identificaram qual o modelo de cogestão que está sendo adotado e que existem dificuldades de saber como funciona o colegiado, visto não terem sido informadas sobre as suas normas de funcionamento.

“Eu acho que um desafio, é primeiro todo mundo tomar conhecimento dessas normas. Assim, saber como que, de fato deveria ser, não é simplesmente caiu do céu, porque nem todo mundo tem ideia de gestão, eu sou uma, eu sou uma pessoa que para essas questões de gestão eu sou bem crua. Então, assim, eu acho que esse conhecimento, ah, olha, as normas são assim, tem que ser montado desse jeito, quanto mais informação sobre isso a gente tiver, melhor.” (PSEM 06).

“Eu acho que a comunicação ainda tá muito falha.” (PSEM 07).

“Ah, eu acho que... primeiro o funcionamento precisa estar claro para todo mundo, então, o processo tem que ser transversal e uniforme para todas as áreas. (PSEM 11).

As entrevistas mostraram que os colegiados funcionam como um espaço de informes que os gerentes utilizam para colocar os demais membros a par dos acontecimentos passados, sem muito espaço para deliberações. Chega ao colegiado o que os gerentes querem que chegue, e com a visão deles.

“[...] para conduzi-lo de forma que ele realmente seja um espaço deliberativo, não um espaço simplesmente informativo, de... que só mude o nome, de Conselho Deliberativo pra colegiado [...].” (PSEM 05).

Alguns entrevistados relataram dificuldade de capilarização das deliberações colegiadas, despotencializando esse espaço importante.

#### 5.2.2.5 Categoria intermediária Comprometimento dos gestores e profissionais

Na categoria intermediária Comprometimento dos gestores e profissionais (Quadro 17), as entrevistas mostram que a determinação das gerências superiores interfere no processo de implantação do modelo de gestão. Por isso, as pessoas conseguem identificar três momentos distintos, todos correlacionados com as gestões superiores, sendo o atual momento interpretado como muito favorável.

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
Determinação das esferas superiores	Afirma que existe a necessidade de que as esferas superiores estejam comprometidas com este longo processo.	Comprometimento das gerências	Desafios
Determinação das esferas intermediárias	Identifica que as esferas intermediárias são importantes para a consolidação do modelo.		
Determinação das esferas inferiores	Evidencia que ainda há necessidade de trabalhar as pessoas sobre a sua importância no processo de mudança	Comprometimento dos membros	

**Quadro 17. Categorias iniciais que formam as categorias intermediárias Comprometimento dos gestores e profissionais e a categoria final Desafios**

A primeira fase, a inicial, refere-se ao período após ser firmado o convênio com o Ministério da Saúde, com muitas ações educativas para que as pessoas entendessem o novo modelo e a instalação dos colegiados das Áreas de Atenção, das Unidades de Produção e dos apoiadores locais. A segunda, com a reeleição do diretor da unidade, em que é relatado um número menor de ações e o desaquecimento do processo de implantação da cogestão. A terceira, com a eleição do novo corpo diretor, em que é firmado o compromisso de fortalecimento da cogestão e da gestão participativa, direcionado especialmente para as Áreas de Atenção, visto que as gerências intermediárias estão com dificuldade de entender o papel dos colegiados no novo modelo de gestão.

“Eu acho que é a determinação, sabe, principalmente de quem está à frente. Quer dizer, a direção, os gestores das áreas. Porque é um processo trabalhoso e longo e que as vezes você não vê frutos a curto prazo. Então existe aí muita energia, até pessoal, dos gestores, dos diretores, para manter essa proposta até o momento que ela esteja amadurecida, realmente acontecendo e dando frutos.” (PSEM 02).

A ausência de deliberações e o pouco número de informações disponibilizadas tiram a potência deste espaço e parecem desmotivar os profissionais que são membros dos colegiados.

“[...] eu acho que a informação ser melhor compartilhada antes e depois, as decisões têm que ser tomadas em conjunto, e isso não acontece.” (PSEM 09).

As pessoas que têm relação direta com o processo de mudança (a gestão superior, os gestores, apoiadores, membros dos colegiados) precisam ter consciência de que é preciso o desenvolvimento de ações que despertem a motivação de todos os envolvidos para garantir o sucesso da cogestão. Santos (2014), ao fazer uma revisão teórica sobre a gestão da mudança organizacional, trata das possibilidades descritas na literatura para entender as resistências às mudanças e as estratégias possíveis para alcançar o sucesso. O insucesso apontado é de 70%, e tem como principal causa fatores humanos, dados pela resistência natural das pessoas e por lideranças mal preparadas e não engajadas.

“Desenvolver algum tipo de trabalho que desperte essa motivação.” (PSEM 13).

### 5.3 Capítulo III – Motivação

A categoria final motivação foi construída a partir das categorias iniciais Motivação quanto ao modelo experimentado e Motivação profissional, que formam a categoria intermediária Ambiente facilitador (Quadro 18).

CATEGORIA INICIAL	CONCEITO NORTEADOR	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
Motivação quanto ao modelo experimentado	Evidencia o quanto os profissionais estão motivados a participar do modelo que está sendo implantado.	Ambiente facilitador	Motivação
Motivação profissional	Evidencia o quanto o modelo que está sendo implantado motiva/encoraja o membro do colegiado a exercer a sua prática profissional.		

**Quadro 18. Categorias iniciais que formam a categoria intermediária Ambiente facilitador e a categoria final Motivação**

A categoria intermediária Motivação quanto ao modelo experimentado foi respondida com as pessoas entrevistadas sendo questionadas se sentem-se felizes ou entusiasmadas com a sua participação no colegiado, se sentem-se comprometidas com as discussões que ocorrem no colegiado e se sentem-se motivadas para participar do novo arranjo dado pelo sistema de cogestão via colegiado.

No que diz respeito ao estado de felicidade e entusiasmo, as entrevistadas responderam, em sua maioria, que estão felizes ou entusiasmadas com a sua participação no colegiado. As entrevistadas PSEM 01, PSEM 02, PSEM 03, PSEM 05, PSEM 07, PSEM 08, PSEM 11, PSEM 13 e PSM 02 relataram que estão satisfeitas com sua participação no colegiado porque é uma forma de melhorar, de alinhar as ideias, de ajudar, de colaborar e de se manter feliz.

“Eu estou feliz com a minha participação no colegiado no sentido de que se eu não participasse do colegiado eu estaria muito infeliz” (PSEM 01).

As pessoas entrevistadas estão entusiasmadas em participar de um arranjo que possibilita a troca de informações, a aproximação das pessoas, a troca de experiências e a realização de um modelo diferente daquele que haviam experimentado.

“Sim. Sinto como se eu tivesse oportunidade de ser ouvida, porque nem sempre isso acontecia” (PSEM 05).

“Então, é que antes a gente não tinha essa oportunidade de sentar com outras partes da mesma área” (PSEM 05).

“acho que alguns profissionais que participaram, viram a possibilidade de mudança de verdade. Eu estou na rotina há 17 anos, mesmo fazendo parte da rotina, muitas decisões não passavam por mim.” (PSEM 08).

Algumas pessoas entrevistadas, no que diz respeito ao estado de felicidade e entusiasmo, responderam que não estão felizes ou entusiasmadas com a participação no colegiado. As entrevistadas PSEM 04, PSEM 06, PSEM 09, PSEM 10, PSM 01 e PSM 03 relataram que não estão satisfeitas com sua participação no colegiado porque existem dificuldades para a sua participação, porque as reuniões acontecem em dias em que não estão na instituição, porque ainda não é um espaço de deliberações ou porque as deliberações definidas no colegiado não são implementadas pelas gerências.

Uma das entrevistadas, PSEM 12, relatou que está mais ou menos feliz ou entusiasmada devido à dificuldade de negociação nas esferas superiores (corpo diretor). As entrevistadas PSEM 01, PSEM 02, PSEM 04, PSEM 05, PSEM 07, PSEM 08, PSEM 10, PSEM 12, PSEM 13 e PSM 02 relataram que há comprometimento, mas algumas entrevistas merecem ser esmiuçadas.

A entrevistada PSEM 04 relatou estar comprometida, mas de forma superficial, por causa da forma como são conduzidas as reuniões, com muito informe e pouca deliberação.

“infelizmente, acho que ainda há um trabalho árduo pela frente [...]. Então, assim, eu me sinto motivada, mas não acho que eu participo tanto, porque ali as discussões ainda são muito rasas, ainda são muito informes, ainda não são tão deliberativas [...] eu

acho que ainda é muito superficial para gente chegar nesse aprofundamento [...]” (PSEM 04).

A entrevistada PSEM 09 relatou haver comprometimento de sua parte para mudar um pouco o modelo, no sentido de garantir voz, de poder representar sua profissão e de melhorar os processos de trabalho.

“Eu tento me comprometer justamente para mudar um pouco esse modelo. Eu sou comprometida com isso, até porque eu sou muito comprometida com a minha profissão e eu quero ter mais voz dentro do colegiado, mas é isso, eu tenho comprometimento com o colegiado, eu acho que eu não sou ouvida, mas eu continuo sendo comprometida”. (PSEM 09).

A entrevistada PSM 03 relatou que existe comprometimento de sua parte, mas observa que o que é discutido e deliberado no colegiado não é acatado em algumas instâncias.

“Sou até comprometida, mas...” (PSM 03).

Algumas pessoas entrevistadas (PSEM 06, PSEM 11, PSM 01) justificaram a sua resposta para o seu não comprometimento e relataram que a forma de condução dos colegiados, com muitos informes, poucas deliberações e dificuldade de participação por impossibilidade de agenda são motivos para o baixo comprometimento.

“Assim, na verdade, não tem discussão. São pautas que são levadas, meio que, muito mais informativas do que para gerar uma discussão, enfim...” (PSEM 06).

“Fica difícil ficar motivada pelo jeito que ele está sendo ainda conduzido” (PSEM 11).

Analisando essa categoria inicial, é possível inferir que as pessoas entrevistadas, em sua maioria, relataram que estão felizes e entusiasmadas com a sua participação nos colegiados de Área de Atenção, demonstrando aprovar a gestão, modelo que está possibilitando acesso às informações e a ter voz, conquistas que lhes eram negadas no modelo anterior, extremamente verticalizado. É

importante ressaltar que as entrevistadas, em suas respostas, mostram que a mudança do modelo de gestão possibilitou a aproximação de pessoas, criou um espaço de discussão e garantiu voz. Essas conquistas estão garantindo um certo grau de felicidade e entusiasmo porque as pessoas entrevistadas têm na memória o modelo anterior que as anulava no sentido de ter voz, aproximação com outras pessoas e participação em espaços de discussão.

As entrevistas que questionam se as pessoas se sentem motivadas para participar do novo arranjo dado pelo sistema de cogestão, experimentado por meio do colegiado, tiveram grande parte das pessoas entrevistadas respondendo que se sentem motivadas, por motivos variados.

As entrevistadas PSEM 01, PSEM 02, PSEM 03, PSEM 04, PSEM 05, PSEM 07, PSEM 08, PSEM 09, PSEM 11, PSEM12, PSEM 13 e PSM 02 responderam que se sentem motivadas, e muitas relatam acreditar no modelo de gestão adotado, visto que é um modelo que dá voz e possibilidade de participação.

São muitos os relatos correlacionando a mudança na gestão superior (direção) à motivação para participar dos colegiados de Área de Atenção. Alguns relatos manifestaram que a motivação não existia ou estava baixa durante a gestão superior anterior.

Alguns relatos manifestaram que qualquer modelo é melhor que o modelo hierárquico verticalizado que existia.

“Sim, eu acho que me sinto motivada porque acredito nesse modelo. Olha, mesmo com todos os problemas que eu acho que os três têm, eu acho que eles são melhores do que antes” (PSEM 01).

“Eu me sinto, ingressei de mala e cuia nesse processo [...]. O que eu observei é que houve, não sei se retrocesso, mas houve um desaquecimento desse processo, creio de uns 3 anos para cá, 3 anos e meio para cá, e depois com a eleição do novo corpo diretor, que teve como proposta a cogestão e o fortalecimento dos colegiados, me parece que está havendo uma retomada” (PSEM 02).

Alguns relatos reforçaram a necessidade de se acompanhar o funcionamento dos colegiados, por parte das gestões superiores e dos apoiadores, já que foram muitos anos de vigência de um modelo hierarquizado que não atendia ao coletivo, não

dava voz nem possibilitava o sentimento de pertencimento, sendo possível a ocorrência de distorções e resistências que dificultem a plena implantação da cogestão.

“Sim. Eu acho que é uma ferramenta muito importante. Que, às vezes é distorcida, às vezes... porque é aquela coisa de não saber fazer, de não ter parceiros que saibam do que se trata, como fazer... eu acho que na saúde a gente ainda tem muito o que avançar nessa questão da gestão.” (PSEM 05).

O novo corpo diretor tem neste momento a confiança das pessoas entrevistadas para promover ações para o fortalecimento dos espaços colegiados, da cogestão e da gestão democrática. Algumas pessoas relataram que apoiaram a sua candidatura acreditando na possibilidade de um fortalecimento do atual modelo de gestão adotado na instituição.

“Então, o que eu estou te falando, assim, há 7 anos atrás, eu não via, sinceramente, nenhuma perspectiva. Hoje eu consigo enxergar e me motivar realmente..... de fato, que a gente tem uma possibilidade de mudança.” (PSEM 08).

Algumas entrevistadas (PSEM 06, PSEM 10, PSM 02 e PSM 03) relataram a falta de motivação para participarem do novo arranjo dado pelo sistema de cogestão. Existem relatos de momentos de muita expectativa e outros de completo esvaziamento, o que pode estar relacionado às fases identificadas por alguns dos entrevistados. Outros relatos têm relação com o desconhecimento do modelo de cogestão adotado, de quais são os seus objetivos e quais os seus benefícios (PSM 01, PSEM 05).

É possível verificar que a motivação oscila de acordo com o ambiente proporcionado pelas gestões superiores.

A categoria intermediária Motivação profissional foi respondida com as pessoas entrevistadas sendo questionadas se sentem-se mais motivadas/encorajadas para sua prática profissional com a cogestão e a implantação dos colegiados.

As entrevistadas PSEM 01, PSEM 02, PSEM 03, PSEM 05, PSEM 07, PSEM 08, PSEM 11, PSEM 12, PSEM 13 e PSM 02 relataram que os profissionais se sentem mais motivados/encorajados para o desenvolvimento de suas práticas profissionais.

Muitas relataram que esse espaço garante voz, possibilita ter uma interface com outros profissionais, dá visibilidade e sensação de segurança.

“Sim. Sinto como se eu tivesse oportunidade de ser ouvida, porque nem sempre isso acontecia.” (PSEM 05).

“Me sinto. Me sinto. Sem dúvida. Me sinto mais encorajada, porque eu acho que eu me sinto mais balizada, acho que as pessoas entendem um pouco mais o que eu faço, acho que eu tive mais espaço para falar das minhas coisas, me sinto sim.” (PSEM 01).

As entrevistadas PSEM 04, PSEM 06 e PSEM 09 consideraram que os profissionais não se sentem mais motivados/encorajados para o desenvolvimento de suas práticas profissionais devido ao novo arranjo.

A entrevistada PSEM 04 relatou que é preciso que os colegiados de Áreas de Atenção amadureçam no sentido de discutir processos de trabalho e o papel de cada um dos componentes da equipe multiprofissional.

“Acho que ainda não. Acho que ainda a gente precisa amadurecer, está, pra... nesse novo arranjo na área, ainda não se tem discussão que chega nesse ponto, entendeu? De processo de trabalho ainda, ainda acho que precisa amadurecer mais para...” (PSEM 04).

A entrevistada PSEM 06 relatou que a representação nos colegiados não permite o amadurecimento de discussões voltadas para algumas áreas profissionais, pois as discussões ficam focadas em duas áreas profissionais, com maior representatividade.

A entrevistada PSEM 09 relatou que o movimento na instituição a deixa motivada/*encorajada*, mas que na Área de Atenção o movimento ainda está incipiente.

“Para mim, se eu for pensar no que está posto na Área, não me dá mais coragem não, mas, assim, se for pensar no movimento que eu estou vendo na instituição, aí sim.” (PSEM 09).

As entrevistadas PSEM 10, PSM 01 e PSM 03 consideraram que não fez diferença o novo arranjo de gestão no que diz respeito a se sentirem mais

motivadas/encorajadas para o desenvolvimento de suas práticas profissionais. Para as entrevistadas, o colegiado pouco influencia na prática profissional.

“Acho que não faz diferença. Não fez para mim.” (PSM 01).

“Não mudou nada não.” (PSM 03).

Algumas entrevistadas relataram que estavam desmotivadas e já não se sentiam satisfeitas com a forma com que estavam sendo conduzidos os colegiados, ficando a cargo da gestão superior, o corpo diretor, a cobrança para que os colegiados fossem fortalecidos, e a cargo da gestão intermediária, os gerentes de Áreas de Atenção, a determinação do caminho a ser trilhado pelos colegiados. Nesses relatos é possível perceber a influência da gestão superior e da gestão intermediária sobre o sucesso do processo de implantação da cogestão.

É forte a influência do ambiente de trabalho na motivação dos profissionais. O reconhecimento da missão, da visão, dos valores e dos objetivos institucionais possibilita ao indivíduo a introjeção destes, o que viabiliza o seu alinhamento com a instituição, gerando um sentimento de pertencimento e de aceitação, garantindo prontidão para participar das decisões. Considera-se que participar das decisões, o ambiente de trabalho agradável, uma justa remuneração, o reconhecimento profissional e o crescimento profissional são os fatores mais valorizados pelos colaboradores. Desses cinco fatores, quatro podem ser supridos com bons arranjos organizacionais e boas lideranças (BRUNÓRIO; PASOTTI; CARDOSO, 2017).

Nas entrevistas relacionadas à motivação foi possível identificar que as gestões superiores e intermediárias influenciam o ambiente e podem motivar ou desmotivar as pessoas, bem como influenciar no comprometimento com os trabalhos colegiados, com a consolidação da cogestão e, em grande parte, com a prática profissional.

Está claro que as pessoas entrevistadas identificam problemas, mas ainda assim relataram que o modelo de gestão adotado é melhor do que o modelo hierarquizado e extremamente verticalizado.

## 6 CONCLUSÃO

---

O ambiente hospitalar é um ambiente complexo, pois tem múltiplas facetas, um universo de interações e de interdependências, autonomia profissional, auto-organização, imprevisibilidade, não linearidade e demais características que precisam ser identificadas e acompanhadas para que os resultados ofertados sejam os melhores possíveis.

Uma mudança organizacional nessa estrutura complexa, médico-centrada e com o distanciamento entre gestão e assistência, é uma jornada espinhosa e de muitas idas e vindas. O processo de implantação de um novo modelo traz no seu bojo as resistências individuais, a cultura organizacional, a reestruturação do modelo hierárquico, a redistribuição de poder, a redistribuição de responsabilidades, a inserção de novos atores e uma nova forma de se fazer política.

Amorim (2014) destaca que a inclusão de novos sujeitos no dispositivo institucional cogestão não traz a certeza de que esses sujeitos de fato terão participação efetiva. Isto pode se dar por ausência ou insuficiência de compartilhamento das diferenças, dos interesses ou das demandas manifestadas pelo outro.

O processo de implantação de um novo modelo de gestão acontece numa instituição que, segundo Pasche (2009), é uma das mais impermeáveis à mudança. Assim, o autor sugere que ocorra uma preparação e um acompanhamento avaliativo para que o processo seja exitoso, já que se trata de uma organização que é burocrática, autoritária e centralizadora.

A forma encontrada neste caso em estudo é o fortalecimento dos colegiados gestores, em que se exercita a corresponsabilização e a inserção de novos atores na prática gerencial, proporcionando a democratização da gestão, a construção de novos saberes e o reposicionando o trabalhador, colocando-o no nível operacional e no nível da política geral da instituição.

Este trabalho buscou captar a percepção dos participantes dos colegiados das Áreas de Atenção sobre o que elas identificaram como avanços e desafios ao longo do processo de implantação de um novo modelo de gestão numa unidade hospitalar

e os seus efeitos na motivação no que diz respeito ao processo de implantação e à sua prática profissional.

As entrevistas mostraram que as gestões superiores, direção e gerentes de Áreas de Atenção têm forte influência sobre o processo de implantação da cogestão, influenciando a participação dos atores. Com relação às gerências das Áreas de Atenção, as entrevistas demonstraram que essas também têm forte influência no processo de implantação da cogestão. Muitos relatos manifestam que os colegiados se reúnem e têm toda a sua dinâmica ditada pelos gerentes de Áreas de Atenção, o que denota a apropriação desse espaço para reflexão e tomada de decisão compartilhada.

A hipótese de que o envolvimento das gestões superiores pode determinar o sucesso do processo de implantação da cogestão ficou claro durante o estudo, visto que as pessoas entrevistadas identificaram três fases distintas no processo de implantação e alto grau de interferência da gestão intermediária, gerentes de Áreas de Atenção, na dinâmica de funcionamento dos colegiados. No que diz respeito aos demais atores envolvidos com o processo de implantação, as entrevistas mostraram que estes estão muito suscetíveis às gestões superiores, ora mobilizados e motivados para o sucesso da implantação do modelo, ora desmobilizados e desmotivados com a implantação do modelo.

A identificação das fases de maturidade da implantação nas Áreas de Atenção não foi possível de ser mapeada, pois em algumas Áreas de Atenção o acesso aos membros dos colegiados foi impossibilitado devido às agendas externas e internas dos possíveis colaboradores, o que fez com que a amostra não fosse homogênea.

O levantamento qualitativo possibilitou entender a dinâmica de funcionamento dos colegiados. A partir daí, merecem atenção algumas questões observadas. No que diz respeito à informação, foi possível identificar que existe uma assimetria clara e que apenas algumas pessoas têm acesso a informação. Ainda com relação à informação, foi possível identificar que a qualidade é considerada baixa, pois as pessoas entrevistadas não recebem as informações com antecedência, e as poucas que recebem são consideradas irrelevantes, além de serem entregues num formato não oficial, mais próximas de informes.

Essa forma de lidar com a informação traz prejuízos no que diz respeito à qualificação do espaço colegiado, à construção de conhecimento, às deliberações ponderadas, criando um ambiente de pouca confiança.

No que diz respeito às normas e regras para o funcionamento dos colegiados de Áreas de Atenção, as entrevistas mostraram que estas não existem, e que muitas das denominadas normas são, na verdade, rotinas que foram estabelecidas. Nesse ponto, mais uma vez foi possível observar a interferência das gestões superiores. As pessoas relatam que os gerentes de Área de Atenção é que determinam a forma de funcionamento dos colegiados. A gestão superior, direção, no mandato atual, estabeleceu um cronograma para a realização das reuniões colegiadas, que ainda assim sofrem a interferência das gerências locais.

A pesquisa mostrou que o processo de decisão ainda não é construído no coletivo e que quando isso acontece as alternativas apresentadas para deliberação já chegam prontas, inibindo a construção coletiva e o processo de aprendizado. Foram identificadas duas questões importantes: nem todos os temas chegam no colegiado e, quando chegam, faltam-lhes informações para decisões mais assertivas.

Os colaboradores por vezes não percebem estímulo à integração inter e intraorganizacional nas discussões colegiadas. É provável que essa integração ocorra naturalmente por causa da circulação dos profissionais entre as diversas Unidades de Produção, em razão do déficit de pessoal, ou por necessidades das Áreas de Atenção.

Na categoria Colaboração as questões são mais preocupantes, visto que muitos dos sujeitos entrevistados não conseguiram identificar sua função no arranjo colegiado. Os que conseguiram visualizar suas funções no colegiado, a relataram como sendo a de um intermediário entre as Unidades de Produção e as Áreas de Atenção.

Nesse ponto, um ambiente de confiança é fundamental para o desenvolvimento das atividades no colegiado. A confiança foi correlacionada com a simetria das informações publicizadas não percebida por alguns atores, que questionaram se o colegiado recebe todos os assuntos que seriam pertinentes a ele.

O tempo não se mostrou um fator relevante para estabelecer vínculos de confiança, em razão das diversas falas de indivíduos que estão desde o início da implantação dos colegiados e que questionam se chegam aos colegiados todos os assuntos pertinentes a ele, possivelmente em razão da assimetria de informações e da inconstância relacionada ao funcionamento dos colegiados.

Apesar dos desafios, observou-se um grande interesse em colaborar, pois os entrevistados relataram uma frequência alta de presença às reuniões colegiadas. Existem outras questões que podem estar correlacionadas a essa alta frequência,

como, por exemplo, ser um espaço onde todos têm voz e que permite maior interação da equipe multiprofissional. Mas ainda é identificado como um espaço de poucas deliberações e de muitos informes.

Na categoria Lideranças as entrevistas reconheceram o espaço como um lugar potente para o surgimento de novas lideranças. As pessoas que têm o perfil de lideranças foram identificadas, sendo que algumas conseguem ocupar esse espaço.

Ao longo do roteiro da entrevista, as pessoas foram refletindo sobre os diversos pontos abordados e se mostraram satisfeitas com a possibilidade de compartilhar as decisões, de ter a possibilidade de ter duplas gestoras nas Áreas de Atenção, de ter outras categorias profissionais no processo de gestão e de ter voz e um espaço para fazer política de relações de trabalho. A referência das pessoas entrevistadas é de uma gestão hierarquizada, extremamente verticalizada e médico-centrada, que era utilizada antes da cogestão. Este modo de fazer gestão era excludente, não permitia o direito à voz e não proporcionava espaços para fazer política.

Na categoria intermediária Democracia no trabalho as pessoas entrevistadas relatam ser positivo o trabalho multidisciplinar, onde é possível identificar os processos de trabalho desenvolvidos nas Áreas de Atenção, o que dá visibilidade a todos os atores envolvidos com o trabalho em equipe.

Na categoria intermediária Informação e comunicação no processo de trabalho, as pessoas entrevistadas relataram que agora se comunicam mais com os outros membros da equipe multiprofissional e que isso foi possível devido à criação dos colegiados, que se constituem como um espaço de discussão e propiciam uma melhora da comunicação.

As pessoas entrevistadas, ao serem questionadas sobre os desafios que perceberam ao longo do processo de implantação da cogestão, apresentaram questões que foram analisadas anteriormente na etapa da entrevista que trata da dinâmica de funcionamento dos colegiados.

Na categoria intermediária Execução/Práticas as pessoas entrevistadas relataram a dificuldade que algumas têm de diferenciar o modelo de cogestão do modelo oligárquico, já que em muitas entrevistas foi relatado que os gerentes das Áreas de Atenção levam as alternativas prontas para a deliberação dos membros do colegiado ou informam sobre deliberações já tomadas pela dupla gestora. Da mesma forma, a dependência da gerência da Área de Atenção para o funcionamento dos colegiados corrobora essa dificuldade de identificar o modelo.

Na categoria intermediária Planejamento/Desenho do modelo de gestão, as pessoas entrevistadas relataram a dificuldade de entenderem se estão num ponto adequado da cogestão pretendida, já que desconhecem qual é o modelo de cogestão que foi adotado.

Na categoria intermediária Cultura organizacional, as entrevistas mostraram a dificuldade de romper barreiras que foram construídas ao longo de muitos anos de uma gestão extremamente verticalizada e médico-centrada.

Na categoria intermediária Regras/Normas, as entrevistas corroboraram o que já foi visto anteriormente. As pessoas estão com dificuldades de ter acesso às informações, e por isso ainda não foi possível terem clareza sobre o modelo adotado e o funcionamento do arranjo de colegiado.

Na categoria intermediária Comprometimento dos gestores e profissionais, as entrevistas mostraram que as pessoas percebem que o comprometimento das gestões superiores interfere na condução do processo de implantação da cogestão e de implantação dos colegiados. Um menor comprometimento pode esfriar o movimento, desmotivar as pessoas e causar distorções.

Após a análise das diversas categorias foi possível identificar que a informação é um fator que precisa ser trabalhado para que o espaço colegiado possa atingir o seu potencial, e que o comprometimento das esferas superiores interfere na implantação da cogestão e na motivação das pessoas envolvidas.

As entrevistas mostraram que durante o processo de implantação não foram identificadas avaliações para estabelecer o grau de maturidade da implantação da cogestão na unidade hospitalar, importantes para se fazer os ajustes necessários a uma readequação dessas ações de implantação.

A assimetria de informações, no sentido de que poucas pessoas as acessam, coloca em risco a capacidade decisória dos indivíduos, pois lhes faltam parâmetros para uma decisão mais assertiva. Isso abala o ambiente, gera um clima de desconfiança e torna os indivíduos dependentes dos gestores da Área de Atenção, no que diz respeito ao próprio funcionamento do colegiado. Além disso, tira-lhes o poder de reflexão, e por isso as alternativas de decisão já chegam prontas.

Essa forma de funcionar pode confundir os participantes, pois guarda algumas similaridades com as estruturas hierárquicas e verticalizadas, onde o poder de mando reside em poucos.

As participantes relataram que desconhecem qual é o modelo de cogestão que está sendo implantado, e que algumas vezes observam semelhanças com o modelo hierarquizado, o que demonstra que os espaços colegiados não estão funcionando plenamente. Ainda assim, reconhecem que este modelo é muito melhor do que o modelo que antes era adotado.

Na categoria Motivação, grande parte das pessoas entrevistadas demonstrou motivação para participar da cogestão, e várias delas relataram que profissionalmente estão desempenhando suas atividades com motivação. Essas profissionais, com a sua expertise e recursos (energia, emoções, apoio socioemocional, experiência, especialização, conhecimento) são importantes no processo de implantação da cogestão. Ainda no que se refere à motivação das pessoas entrevistadas, observa-se que isso se deve, em partes, à percepção de que o novo corpo diretor as faz acreditar no sucesso do modelo de cogestão.

Outro ponto que foi levantado na pesquisa é se os profissionais de saúde médicos teriam percepções diferentes dos profissionais de saúde da equipe multiprofissional sobre o processo de implantação da cogestão. Essa questão foi levantada porque o modelo vigente até o início da implantação da cogestão colocava a figura do profissional de saúde médico como central nas deliberações. O trabalho mostrou que tanto os PSM quanto os PSEM tiveram percepções muito parecidas sobre o processo, sendo que os PSM reconheceram que o processo em curso permitiu a presença dos PSEM nos espaços de deliberações.

O grupo de apoiadores teve apenas uma única pessoa entrevistada, o que impossibilitou fazer qualquer consideração sobre o papel destes no processo de implantação. Conforme o relato, este grupo está sendo reestruturado e suas atividades ainda não podem ser avaliadas.

Sob a ótica da gestão de redes, em que se procurou identificar atributos para a sua consolidação (colaboração, interdependência, confiança, simetria das informações e mobilização de recursos), o estudo identificou uma fragilidade.

O processo de mudança mostra avanços e encontra desafios relacionados ao comportamento, ao gerenciamento e à cultura organizacional, que coloca a figura do médico como central na tomada de decisões e neutraliza algumas ações para a consolidação da cogestão como prática institucional.

O processo de implantação de um novo modelo de gestão necessita de acompanhamento para que sejam avaliados quais ajustes são necessários para

garantir fluidez nas ações. É necessário que as gestões superiores entendam o quanto é importante o seu envolvimento no processo e que a comunicação tem papel-chave para que hajam ganhos e se consiga ter e manter um ambiente com motivação.

O presente trabalho sugere que novos estudos sejam realizados e que ferramentas de avaliação como, por exemplo, a *Perceived Organizational Readiness for Change*, sejam adotados nos processos de mudanças na estrutura de gestão, para que se possa chegar a parâmetros que visem conduzir essas ações com eficiência.

## REFERÊNCIAS

---

ABBOUD, M. **Motivação e Satisfação no Trabalho**: Uma análise da Teoria e suas Implicações para a Gerência. 1980. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1980.

AGRANOFF, R.; MCGUIRE, M. Inside the matrix: Integrating the paradigms of intergovernmental and network management. **International Journal of Public Administration**, v. 26, n. 12, p. 1401-1422, 2003.

ALBERNAZ, A. L. G.; MATINEZ, E. A. **Experiência da Equipe Multiprofissional do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira na Articulação com o curso de Formação de Apoiadores da Política Nacional de Humanização**; não publicado.

ALMEIDA, A. G. V. (Des)confiança sistêmica e o direito como generalizador congruente de expectativas normativas. **Revista de informação legislativa**, v. 54, n. 213, p. 241-263, jan./mar. 2017.

AMORIM, A. C. **A Política Nacional de Humanização - PNH**: o método da tríplice inclusão e a participação social de gestores, trabalhadores da saúde e usuários do/no SUS. 2014. 296 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

ARGONS, J. Doutrina da Informação. **Revista do Serviço Público**, n. 2, p. 07-19, 2017.

BERTOLIN, R. V.; SANTOS, A. C.; LIMA, J. B.; BRAGA, M. J. Assimetria de informação e confiança em interações cooperativas. **RAC - Revista de Administração Contemporânea**, v. 12, n. 1, p. 59-81, 2008.

BOAVIDA, A.; PONTE, J. P. Investigação colaborativa: Potencialidades e problemas. **Reflectir e investigar sobre a prática profissional**, n. 1, p. 43-55, 2002.

BRUNELLI, M. G. M. **Motivação no serviço público**. 2008. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - MBA em Gestão Pública, Faculdade IBGEN, Porto Alegre, 2008.

BRUNÓRIO, W.; PASOTTI, J. R.; CARDOSO, C. A. Liderança e Motivação no trabalho. **RACRE - Revista de Administração**, v. 17, n. 21, p.47-59, 2017.

BUENO, M. As teorias de motivação humana e sua contribuição para a empresa humanizada: um tributo a Abraham Maslow. **Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão**, ano IV, v. 6, p. 1-25, 2002.

CALDERON, D. B.; VERDI, M. I. M. Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 859-870, 2014.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 259-264, 2009.

CASTILHO, M. A. M. **Liderança e Motivação**. 2010. Monografia (Especialização em Marketing) – Programa de Pós-Graduação “Lato sensu” em Marketing, Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2010.

CINITE, I.; DUXBURY, L. E.; HIGGINS, C. Measurement of perceived organizational readiness for change in the public sector. **British Journal of Management**, v. 20, n. 2, p. 265-277, 2009.

FARIA, J. H. Co-gestão: uma nova instituição. **Revista de Administração**, Universidade de São Paulo, v. 17, n. 1, 1982.

FERREIRA, G. S.; GOULART, J. T. A. Gestão em instituições de saúde pública. **Salão do Conhecimento**, v. 3, n. 3, 2017.

SANTOS FILHO, S. B.; FIGUEIREDO, V. O. N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, suppl.1, p. 615-626, 2009.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2011.

FLEURY, S. Gestão das redes de políticas. In: **Anais do Encontro Nacional de Pós-Graduação em Administração**, Salvador, 2002. (CD-Rom).

FLEURY, S. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. **Administração em Diálogo**, v. 7, n. 1, p. 77-89, 2005.

FONTOURA, A. M. T. **Arranjos e estratégias de Cogestão em maternidades públicas**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Instituto Nacional

de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 239-255, 2007.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, 2010.

HOLLANDER, E. P. The essential interdependence of leadership and followership. **Current Directions in Psychological Science**, v. 1, n. 2, p. 71-75, 1992.

JARDIM, R. Soluções para o desafio da integração na gestão pública. **Jornal Opção**, ed. 1879, 10-16 jul. 2011 Disponível em: <http://www.jornalopcao.com.br/colunas/contradicao/solucoes-para-o-desafio-da-integracaona-gestao-publica>. Acesso em: 10 fev. 2018.

KLIJN, E.-H.; KOPPENJAN, J. F. M. Public management and policy networks: foundations of a network approach to governance. **Public Management and International Journal of Research and Theory**, v. 2, n. 2, p. 135-158, 2000.

LEITÃO, S. P. A questão organizacional na universidade: as contribuições de Etzioni e Rice. **Revista de Administração Pública**, v. 19, n. 4, p. 3-26, 1985.

MACEDO, P. C. M. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. **Revista da SBPH**, v. 10, n. 2, p. 33-41, 2007.

MALIK, A. M. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: IDS/FSP/USP/Banco Itaú, 1998.

MESSIAS, L. C. S. **Informação**: um estudo exploratório do conceito em periódicos científicos brasileiros da área de Ciência da Informação. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2005.

MIGUELLETO, D. C. R. **Organizações em rede**. 2001. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2001.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização:** a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS:** Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização.** Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos HumanizaSUS; v. 1. Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. **HUMANIZA, SUS.** Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MIRANDA, C. **O desafio em manter funcionários motivados:** Os fatores motivacionais para o trabalho. Monografia (Especialização em Gestão de Recursos Humanos) - Escola Superior Aberta do Brasil/ESAB, Vila Velha, 2009.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 627-640, 2009.

MOTTA, P. R. Desempenho em equipes de saúde: manual. In: **Desempenho em equipes de saúde: manual.** 2001.

OLIVEIRA, E.; ENS, R. T.; ANDRADE, D. B. S. F.; MUSSIS, C. R. Análise de Conteúdo e Pesquisa na Área da Educação. **Revista diálogo educacional**, v. 4, n. 9, p. 11-27, 2003.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, 2009.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, 2011.

PASCUCCI, L.; MEYER JR, V. Formação de estratégias em sistemas complexos: estudo comparativo de organizações hospitalares sob a Perspectiva Prática. In: XXXV Encontro Anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração. **Anais...**, Rio de Janeiro: ANPAD, Setembro, 2011.

PONCHIROLLI, O. A teoria da complexidade e as organizações. **Revista Diálogo Educacional**, v. 7, n. 22, p. 81-100, 2007.

QUINHÕES, T. A. T. **Análise de um novo modelo de governança para hospitais públicos no Brasil segundo a abordagem dos custos de transação: o caso das organizações sociais no estado de São Paulo.** 2008. Tese (Doutorado em Administração) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2008.

QUINTANEIRO, T. **Um toque de clássicos - Marx| Durkheim| Weber.** Belo Horizonte: UFMG, 2003.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise do discurso: o linguístico e seu entorno. **DELTA**, v. 22, n. 1, p. 29-52, 2006.

SANTOS, M. S. **Gestão da mudança organizacional: uma revisão teórica.** 2014. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2014.

SANTOS, G. T. **Política nacional de humanização e a valorização do trabalhador da saúde.** 2015. 20f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

SANTOS, D. A. F.; MOURÃO, L.; NAIFF, L. A. M. Representações sociais acerca do trabalho em equipe. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 3, p. 643-659, 2014.

SILVA, A. M.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Entre "feudos" e cogestão: paradoxos da autonomia em uma experiência de democratização da gestão no âmbito hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3063-3072, 2015.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 683-688, 2007

STOCCO, J. A. P.; DIAS, V. Motivação no ambiente de trabalho: um estudo em uma instituição de ensino superior. **Secretariado Executivo em Revista**, v. 2, n. 2, 2011.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**, v. 3, p. 20-27, 2009.

VAKOLA, M. Multilevel readiness to organizational change: A conceptual approach. **Journal of change management**, v. 13, n. 1, p. 96-109, 2013.

VELOSO, G. G.; MALIK, A. M. Hospitais modernos são redes de empresas em colaboração. **Einstein**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 10-15, 2007.

VENDEMIATTI, M.; SIQUEIRA, E. S.; FILARDI, F.; BINOTTO, E.; SIMIONI, F. J. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, suppl.1, p. 1301-1314, 2010.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998.

VICK, T. E.; MACHADO, D. D. P. N.; PAIVA JUNIOR, F. G.; CASTRO, C. C. Desafios organizacionais do século XXI: uma introdução ao fórum sobre inovação, capacidades dinâmicas, capacidade de absorção do conhecimento e relações simbólicas. **RAM - Revista de Administração Mackenzie**, v. 16, n. 3, p. 14-19, 2015.

VILELA, A. **A importância da motivação e sua influência no ambiente de trabalho**. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Recursos Humanos) - Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2010.

## APÊNDICES

---

### APÊNDICE A - Dados exploratórios

FGV – Fundação Getúlio Vargas

Mestrado Profissional em Administração Pública

**Pesquisa:** IMPLANTAÇÃO DA COGESTÃO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE FEDERAL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: AVANÇOS E DESAFIOS E SEUS EFEITOS NA MOTIVAÇÃO

#### Dados Exploratórios

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Composição dos colegiados de Áreas de Atenção e do colegiado de Apoiadores

1 - Área de Atenção Clínico-cirúrgica a Mulher

2 - Área de Atenção Clínico-cirúrgica a Gestante

3 - Área de Atenção Clínica ao Recém-nascido

4 - Área de Atenção Clínica a Criança e Adolescente

5 - Área de Atenção Cirúrgica a Criança e Adolescente

6 – Colegiado de Apoiadores

## APÊNDICE B - Roteiro de entrevista

FGV – Fundação Getúlio Vargas

Mestrado Profissional em Administração Pública

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COMPONENTES DOS COLEGIADOS**

Pesquisa: IMPLANTAÇÃO DA COGESTÃO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE FEDERAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: AVANÇOS E DESAFIOS E SEUS EFEITOS NA MOTIVAÇÃO

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

I- Identificação

Idade:

Profissão:

Colegiado:

II – Entrevista

Participação/ frequência/ comprometimento	<p>1 -Trabalha em qual unidade da Área?</p> <p>2- A quanto tempo está na composição do Colegiado?</p> <p>3 - Como foi sua inserção no colegiado?</p> <p>4 - Qual sua função no colegiado?</p> <p>5 - O colegiado se reúne com qual frequência?</p> <p>6 - Você é convocado para todas as reuniões?</p> <p>7 - Você comparece com qual frequência as reuniões?</p>
---	---

Informação/ normas	<p>8 – A pauta das reuniões é informada com antecedência?</p> <p>A – Existem normas para o funcionamento do colegiado?</p> <p>B – Estão disponíveis?</p> <p>C – São utilizadas?</p> <p>9 – Todas as informações são passadas com antecedência?</p> <p>Normas e indicadores.</p> <p>A – A informação é restrita ou chega a todos os componentes?</p> <p>B – A informação é relevante ou irrelevante para análise e tomada de decisão?</p> <p>C – As informações são oficiais ou extraoficiais?</p>
-----------------------	---

Tomada de decisão/ integração	10 – O colegiado toma as decisões de forma conjunta ou as alternativas já chegam prontas? 11 – A Área de Atenção promove a integração entre as suas unidades? 12 – A Área de Atenção promove/busca a integração com outras áreas de Atenção da Unidade Hospitalar?
Motivação/ Satisfação	13 – Você está feliz com sua participação no colegiado? 14 – Você está comprometido com as discussões no colegiado? 15 – Você está desempenhando com comprometimento suas atividades? 16 – Você sente-se motivado para participar do novo arranjo dado pelo sistema de cogestão via colegiado? 17 – Você com o novo arranjo sente-se mais encorajado para a sua prática profissional?
Liderança	18 - Você percebe a presença de pessoas com o perfil de liderança? 19 - Você percebe que o modelo de gestão ajuda no aparecimento de lideranças? 20 – Você consegue identificar no colegiado as lideranças?
Avanço	21 – Você pode me dizer o que para você é um grande avanço com a instalação do novo modelo de gestão?
Desafio	22 – Você pode me dizer o que para você é um desafio para a consolidação do novo modelo de gestão?

## APÊNDICE C Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

#### (Entrevista)

TÍTULO DA PESQUISA: **Implantação da Cogestão em uma Unidade de Saúde Federal no Município do Rio de Janeiro: Avanços e Desafios e Seus Efeitos na Motivação**

NOME DO PARTICIPANTE DA PESQUISA: \_\_\_\_\_

O Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar voluntariamente da pesquisa intitulada ***“Implantação da Cogestão em uma Unidade de Saúde Federal no Município do Rio de Janeiro: Avanços e Desafios e Seus Efeitos na Motivação”*** de autoria de Carlos Roberto Pinto Pereira sob a orientação da pesquisadora Sonia Fleury, relativa à sua dissertação de mestrado profissional junto a Pós-graduação em Administração Pública da Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas/RJ.

- O objetivo do presente estudo é analisar a implantação do modelo de gestão denominado cogestão, entendido como uma forma de gestão compartilhada, participativa e geradora de autonomia, para identificar durante este processo quais são os avanços e desafios percebidos e seus efeitos na motivação dos profissionais envolvidos. Você que é integrante de um dos colegiados, participará da pesquisa por meio de entrevista gravada que será transcrita.

Você, como integrante do colegiado de Área de Atenção, participará da pesquisa por meio de entrevista gravada e depois transcrita, em que será preservada a identidade do entrevistado, passando a lhe ser designado um código para agrupar nos grupos de estudo.

- Você está convidado(a) a participar de uma entrevista sobre sua experiência no colegiado da sua área de atenção que será gravada e transcrita para posterior estudo, sendo preservada sua privacidade. A entrevista poderá ser interrompida/cessada por você a qualquer momento. Você pode se recusar a participar e não haverá nenhuma penalidade por isso.

- O risco que esta pesquisa pode acarretar refere-se ao desconforto em tratar de alguns temas, o que pode ser tratado/conversado com o pesquisador.
- A pesquisa apresenta como benefícios a possibilidade de identificação de pontos considerados como avanços e outros que serão identificados como desafios e os efeitos deste processo de implantação de um novo modelo de gestão na motivação dos profissionais envolvidos. Estas percepções podem ajudar a nortear outras iniciativas que estejam em andamento em outras unidades de atenção ou em outras instituições.
- Não haverá nenhum custo por sua participação neste estudo e também não haverá nenhuma forma de pagamento por sua participação, sendo esta totalmente voluntária.
- Você pode desistir de participar a qualquer momento sem prejuízos ou retaliações.
- O registro de sua entrevista assim como as transcrições serão sigilosas, sendo acessadas apenas pelo pesquisador e sua orientadora. Estas serão mantidas pelo pesquisador por um período de cinco anos, sendo incineradas após este período. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação.
- O pesquisador está à disposição para dirimir quaisquer dúvidas.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL E CONTATO: Carlos Roberto Pinto Pereira – (21) 996243925 - [pesquisaebapefgv@terra.com.br](mailto:pesquisaebapefgv@terra.com.br) ; [alimar@terra.com.br](mailto:alimar@terra.com.br)

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL E ENDEREÇO: Fundação Getúlio Vargas/ EBAPE – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas; Rua Jornalista Orlando Dantas, 30 - Edifício Roberto Campos - Botafogo, Rio de Janeiro - RJ, 22231-010

Comitê de Conformidade Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Fundação Getúlio Vargas – CCE/FGV: Praia de Botafogo, 190, sala 536, Botafogo, Rio de Janeiro, RJ, CEP 22250-900, telefone (21) 3799-6216. E-mail: [etica.pesquisa@fgv.br](mailto:etica.pesquisa@fgv.br)

- Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

Diante do exposto acima, eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo. Fui suficientemente esclarecido (a) a respeito das informações que li ou que

foram lidas para mim, descrevendo o estudo ***“Implantação da Cogestão em uma Unidade de Saúde Federal no Município do Rio de Janeiro: Avanços e Desafios e Seus Efeitos na Motivação”***, ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e ficou claro que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu trabalho / acompanhamento / assistência / tratamento.

---

Assinatura

Data: Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome \_\_\_\_\_

---

Assinatura