

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Larissa Lucas Rocha

**MODELO DE GESTÃO HOSPITALAR: estudo de caso do
Hospital Risoleta Tolentino Neves**

Belo Horizonte

2022

Larissa Lucas Rocha

**MODELO DE GESTÃO HOSPITALAR: estudo de caso do
Hospital Risoleta Tolentino Neves**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Orientadora: Professora Dra. Kênia Lara da Silva

Belo Horizonte

2022

R672m Rocha, Larissa Lucas.
Modelo de Gestão Hospitalar [recursos eletrônicos]: estudo de caso do Hospital Risoleta Tolentino Neves. / Larissa Lucas Rocha. - - Belo Horizonte: 2022.
102f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Kênia Lara da Silva.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Modelos Organizacionais. 2. Administração Hospitalar. 3. Gestão de Recursos Humanos. 4. Dissertação Acadêmica. I. Silva, Kênia Lara da. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WX 159

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 704 (SETECENTOS E QUATRO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LARISSA LUCAS ROCHA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 19 (dezenove) dias do mês de julho de dois mil vinte e dois, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação *"MODELO DE GESTÃO HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES"*, da aluna **Larissa Lucas Rocha**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Kênia Lara da Silva (orientadora), Alzira de Oliveira Jorge e Isabela Silva Cancio Velloso, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 19 de julho de 2022.

Profª. Drª. Kênia Lara da Silva
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Alzira de Oliveira Jorge
(F. Medicina/UFMG)

Profª. Drª Isabela Silva Cancio Velloso
(EE/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **LARISSA LUCAS ROCHA**.

As modificações foram as seguintes:

Sem modificações

Profª. Drª. Kênia Lara da Silva
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

HOMOLOGADO em reunião do CPG
em 04 de 08 de 2022

Profª. Drª. Alzira de Oliveira Jorge
(F. Medicina/UFMG)

Profª. Drª Isabela Silva Cancio Velloso
(EE/UFMG)



Documento assinado eletronicamente por **Alzira de Oliveira Jorge, Professora do Magistério Superior**, em 25/07/2022, às 11:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Isabela Silva Cancio Velloso, Professora do Magistério Superior**, em 25/07/2022, às 14:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Kenia Lara da Silva, Membro**, em 27/07/2022, às 17:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 01/08/2022, às 08:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1629274** e o código CRC **B45B4EAB**.

HOMOLOGADO em reunião do CPU
em 04 de 08 de 2022

Dedico esta pesquisa ao HRTN (viva o SUS!) que me fez ser a enfermeira que sou hoje e aos docentes, familiares e amigos que dividiram comigo a trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Concluir esta etapa da minha vida é um sonho realizado, entretanto mais importante do que ter ingressado no mestrado, foi o caminho que trilhei para chegar até aqui. Esse sim marcou minha história e de tantas pessoas à minha volta. Vários sentimentos invadem meu coração ao pensar nessa conquista, é um misto de emoções.

Não poderia deixar de dizer do desafio que foi fazer esta pesquisa em meio ao caos da covid-19. Entusiasmada com a nova fase da vida, retorno à academia, me deparo em pouco tempo com a suspensão das aulas do mestrado. Enquanto isso no trabalho uma avalanche de adaptações, de criar e recriar os modos de fazer saúde frente aos inúmeros casos confirmados e mortes que nos assolavam de maneira assustadora e rápida.

Nesse contexto difícil e cansativo veio a retomada das disciplinas do mestrado em formato remoto e junto dessa a esperança por tempos melhores, pelo reacender da pesquisadora (em contínua formação) que timidamente começava a desabrochar em mim.

Todo resultado alcançado com este feito é fruto de infinitas oportunidades de aprendizado, perseverança, resistência, dedicação, renúncia, idas e vindas. A Larissa do início de 2020 não é a mesma de agora, ainda bem!

Sou grata a Deus por ter se feito presente em toda a caminhada protegendo-me e guiando meus passos. Por não ter me deixado esvair a fé e a esperança quando tudo parecia estar perdido.

Aos meus pais, Mário e Marta, agradeço por todo amor e apoio, por compreenderem minhas ausências mesmo não entendendo muito bem o motivo delas. Vocês são a minha fortaleza, o meu refúgio e a minha inspiração.

Ao meu irmão, Guilherme, agradeço pela alegria contagiante, leveza, pelo olhar sincero e por sua admiração.

Ao meu esposo, Petrille, agradeço pela sorte de um amor tranquilo, pela serenidade, por me escutar, incentivar, acolher e estar ao meu lado em todos os momentos dessa trajetória. Dividimos sentimentos, leituras, correções. Sem você eu não teria conseguido.

À minha sogra e também mãe, Leila, quem a todo tempo confiou e contribuiu sem desanimar. Fonte de inspiração, meu eterno reconhecimento.

A todos os meus familiares e amigos, agradeço pelo inestimável apoio e por compreenderem quando precisei estar ausente, quando o que eu mais queria era estar pertinho de cada um de vocês, desfrutando da alegria que é tê-los em minha vida.

Agradeço aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE), grupo de pesquisa com o qual aprendo tanto. Vocês fizeram a diferença nesse percurso. Obrigada pela oportunidade de compor o time!

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Kênia Lara da Silva, sou grata pela oportunidade de ter sido sua aluna. Exemplo de Mulher, Enfermeira, Educadora e também de Aluna de dança de salão. Não é possível colocar em palavras o quanto aprendi e aprendo com você. Obrigada por acreditar em mim, por ter acolhido as minhas dificuldades e me ajudado a ressignificá-las. Obrigada pelas tantas horas dedicadas para construção desta pesquisa comigo. Não importava quando, ela estava sempre presente de alguma forma.

Agradeço a Universidade Federal de Minas Gerais e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Sinto-me privilegiada e honrada por pertencer.

Sou grata a todos os docentes do mestrado, que contribuíram e compartilharam conhecimentos e ideias para o desenvolvimento deste trabalho.

Às professoras Alzira Jorge e Isabela Velloso (titulares) e Maria José Brito e Carolina Caram (suplentes) por terem aceitado o convite de compor a banca avaliadora, contribuir com este trabalho e me ajudar a chegar mais perto do tão sonhado título de mestre. Vocês também fazem parte da minha trajetória no campo da pesquisa em Enfermagem.

Aos colegas de trabalho do HRTN pelo apoio, torcida e compreensão pelas ausências que a dedicação ao mestrado ocasionou.

Agradeço aos Coordenadores do HRTN pela confiança e por terem aceitado participar desta pesquisa. A contribuição de vocês foi fundamental para o desenvolvimento deste trabalho.

Por tudo que vivi, a maior certeza que tenho é a de agradecer!

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.

(Paulo Freire)

RESUMO

ROCHA, L. L. **Modelo de Gestão Hospitalar: estudo de caso do Hospital Risoleta Tolentino Neves**. 2022. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

Introdução: é recorrente a constatação de que a gestão em saúde ainda está ancorada em métodos tradicionais, oriundos da teoria clássica da administração. Constituir modelos de gestão fundados na participação, onde trabalhadores e usuários atuem como sujeitos ativos, permanece como desafio, sendo fundamental revelar os fatores que impactam no “desalinhamento” entre as definições macro institucionais e a forma de executar a gestão nas dimensões meso e micropolítica, com foco no que é definido e praticado na instituição. Adotam-se como perguntas de pesquisa: como se configura o modelo de gestão do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN)? Quais os elementos intervenientes no modelo de gestão? **Objetivo geral:** analisar a configuração do modelo de gestão do HRTN na perspectiva dos coordenadores. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com delineamento metodológico de estudo de caso único holístico. Os participantes da pesquisa foram os coordenadores das áreas assistenciais e administrativas da instituição. As fontes de evidência foram a análise documental e as entrevistas semi-estruturadas individuais. Os dados foram submetidos à Análise de Discurso Crítica possibilitando a discussão de quatro categorias empíricas: o prescrito sobre o modelo de gestão do HRTN: análise documental; o real: modelo de gestão do HRTN no discurso dos participantes; aprimoramento dos instrumentos de gestão e as implicações para o modelo de gestão do HRTN e facilitadores e dificultadores do modelo de gestão do HRTN. **Resultados e discussão:** o modelo de gestão do HRTN é descrito como participativo nos documentos institucionais, entretanto foi possível encontrar nas entrevistas dicotomias que dificultaram o avançar das práticas que promovem a descentralização da gestão. O conhecimento dos modelos alternativos de gestão está concentrado na macropolítica e seus pressupostos pouco difundidos entre os demais atores sociais. O uso das ferramentas de gestão apontado pelos participantes, apesar de auxiliá-los na prática cotidiana, resulta parcialmente no aprimoramento do modelo de gestão participativa colocado pela instituição em seus documentos. Ao analisar os discursos dos entrevistados, de maneira geral, constitui-se facilitador o acesso que os coordenadores têm à diretoria e como dificultador aparecem questões relacionadas a comunicação. **Conclusão:** os pressupostos dessa dissertação são confirmados a partir da detecção de dissonâncias entre o que está definido como princípios e valores institucionais e aquilo que acontece na prática quanto ao modelo de gestão vigente no HRTN.

Palavras-chave: Modelos Organizacionais. Administração Hospitalar. Administração de Recursos Humanos.

ABSTRACT

ROCHA, L. L. **Hospital Management Model: a case study of Risoleta Tolentino Neves Hospital**. 2022. 99 f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

Introduction: building management models based on participation, where workers and users act as active subjects, remains a challenge, and it is essential to reveal the factors that impact the "misalignment" between the macroinstitutional definitions and the way to perform the management in the meso and micropolitical dimensions, focusing on what is defined and practiced in the institution. They are adopted as research questions: how is the management model of Risoleta Tolentino Neves Hospital (HRTN) configured? What are the intervening elements in the management model? **General objective:** to analyze the configuration of the management model of HRTN from the coordinators' perspective. **Methodology:** this is a qualitative research with the methodological design of a single holistic case study. The research participants were the coordinators of the care and administrative areas of the institution. The sources of evidence were document analysis and individual semi-structured interviews. Data were submitted to Critical Discourse Analysis allowing the discussion of four empirical categories: the prescribed on the HRTN management model: documental analysis; the real: HRTN management model in the participants' discourse; improvement of management tools and the implications for the HRTN management model and facilitators and hindrances of the HRTN management model. **Results and discussion:** the HRTN management model is described as participatory in institutional documents, however it was possible to find in the dichotomies interviews that made it difficult to advance the practices that promote the decentralization of management. The knowledge of alternative management models is concentrated in macropolitics and its assumptions are not widespread among other social actors. The use of the management tools pointed out by the participants, despite helping them in their daily practice, partially results in the improvement of the participative management model put forth by the institution in its documents. Analyzing the speeches of the interviewees, in general, the access that the coordinators have to the board of directors is a facilitator, while communication issues appear as a hindrance. **Conclusion:** the assumptions of this dissertation are confirmed from the detection of dissonances between what is defined as institutional principles and values and what happens in practice regarding the current management model in the HRTN.

Keywords: Organizational Models. Hospital Management. Human Resource Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Mapa da região norte de Belo Horizonte.....	33
FIGURA 2 - Nuvem de palavras sobre definição de modelo de gestão na perspectiva dos coordenadores do HRTN.....	56

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Convenção adotada para transcrição das entrevistas.....	38
TABELA 2 - Frequência de aparecimento/repetição de palavras e suas variações por tipo de documento.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADC	Análise de Discurso Crítica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTI	Centro de Terapia Intensiva
EP	Educação Permanente
HRTN	Hospital Risoleta Tolentino Neves
MS	Ministério da Saúde
NEPE	Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão
NUPEPE	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Ensino e a Prática de Enfermagem
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GERAL.....	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
3.1 MODELOS DE GESTÃO.....	23
3.2 HOSPITAL: UMA INSTITUIÇÃO COMPLEXA	25
3.3 MACRO, MESO E MICROPOLÍTICA NA GESTÃO HOSPITALAR	28
4 METODOLOGIA	30
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	30
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	32
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	34
4.4 COLETA DE DADOS	35
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	37
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	40
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1 O PRESCRITO SOBRE O MODELO DE GESTÃO DO HRTN: ANÁLISE DOCUMENTAL	43
5.1.1 Definição de modelo de gestão no HRTN	44
5.1.2 Estratégias para colocar em prática o modelo de gestão do HRTN	46
5.2 O REAL: MODELO DE GESTÃO DO HRTN NO DISCURSO DOS PARTICIPANTES	49
5.3 APRIMORAMENTO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E AS IMPLICAÇÕES PARA O MODELO DE GESTÃO DO HRTN	61
5.4 FACILITADORES E DIFICULTADORES DO MODELO DE GESTÃO DO HRTN: DISCURSO E MUDANÇA SOCIAL.....	74
6 CONCLUSÃO	82
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICE A	94
APÊNDICE B	96
APÊNDICE C	97

APÊNDICE D	98
APÊNDICE E.....	99
APÊNDICE F.....	100
APÊNDICE G.....	101

APRESENTAÇÃO

Iniciei o mestrado acadêmico em Enfermagem com o propósito de explorar o universo da pesquisa e da prática docente. Desde a graduação em Enfermagem admiro a atividade de lecionar e acredito que este é um campo profícuo para a atuação do enfermeiro. Além disso, creio que quanto mais crítica e reflexiva eu for pessoalmente e profissionalmente, mais poderei contribuir com a produção de conhecimentos na área da saúde e da Enfermagem.

Minha trajetória como enfermeira começou no HRTN, no Centro de Terapia Intensiva (CTI) Adulto, em 2016. Apesar das dificuldades vivenciadas, por ser recém-formada, obtive muita ajuda para vencer os obstáculos e tempos depois estava eu acompanhando e auxiliando na formação de estudantes de graduação e residentes de Enfermagem. No segundo semestre de 2017, participei de um processo seletivo interno e fui promovida a enfermeira da Educação Permanente (EP).

A enfermeira que até então vivia entre as paredes do CTI, ampliava seu horizonte com a oportunidade de conhecer e reconhecer a multiplicidade que é este Hospital. Novas conexões, novos aprendizados e novas possibilidades, tudo novo de novo. A EP veio como um presente. Muitos desafios ao ocupar esse espaço, até então em reestruturação, mas fazer parte da história de transformação dessa prática na instituição me faz ser a pessoa que sou hoje.

Eis então que conheço Lizziane d'Ávila, a doutoranda que estava estudando os movimentos de EP no cotidiano do HRTN. Fui provocada e instigada diversas vezes por ela quanto a minha prática e com isso fui despertando o interesse de ser pesquisadora também. Com a ajuda dela, luz no meu caminho, me encorajei a candidatar ao processo seletivo do mestrado. Imensa gratidão por sua acolhida mesmo com tão pouco tempo da chegada de seu filho, Bernardo.

O pré-projeto de pesquisa submetido a avaliação tinha em suas linhas os traços da minha aproximação com a EP, mas com um olhar diferenciado para a prática dos gestores. Eu estava no caminho, quando nas diversas reuniões que tivemos, com a ajuda da professora Kênia dei nome aquilo que de fato me instigava, o modelo de gestão do cenário onde estava inserida.

A partir daí as coisas foram tomando forma, fluindo e deu-se início a construção do eu pesquisadora, influenciada pelo conjunto do que foi exposto. Quando pensei que estava tudo nos “trilhos”, me deparei com a coalizão do eu pesquisadora com o eu trabalhadora do HRTN. Como desassociar? Meu maior confronto e ao mesmo tempo meu combustível. Diante disso, remeto-me a Abrahão et al. (2014, p. 157-8): “o verdadeiro investigador emaranha-se, mistura-

se, se afeta com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros”.

1. INTRODUÇÃO

Entende-se por gestão os fenômenos relacionados ao agir, pensar e decidir como forma de fazer acontecer e obter resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados. Trata-se de uma prática científica e racional que apresenta relações de causa e efeito, apesar de na maioria das vezes, ser encarada como imprevisível e proveniente de relações humanas o que faz dela intuitiva, espontânea e de caráter emocional (MOTTA e ALCADIPANI, 2004).

A gestão em saúde constitui-se um processo técnico, político e social em uma perspectiva dialógica e comunicativa, alicerçada na mobilização de coletivos para construção de um projeto qualificado de assistência (LEITE e GUIMARÃES, 2014).

Pensar a gestão, no contexto dos hospitais, implica considerar a incorporação de tecnologias que irão favorecer a identificação das necessidades singulares das pessoas nas diferentes etapas do ciclo da vida, com vistas ao bem-estar, segurança e autonomia em algumas perspectivas: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária, denominadas dimensões do cuidado em saúde (CECÍLIO, 2011).

É recorrente a constatação de que a gestão em saúde ainda está ancorada em métodos e estratégias tradicionais, oriundas da teoria clássica da administração (LORENZETTI et al., 2014). Construir novos modos de fazer gestão na área da saúde, fundadas na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares onde trabalhadores e usuários atuem como sujeitos ativos, permanece como desafio (SANTOS e SENNA, 2017; BRAVO, PELAEZ e PINHEIRO, 2018).

As organizações de saúde foram estruturadas inicialmente por modelos de gestão tradicionais com vários níveis hierárquicos, centralização do poder e autonomia limitada dos níveis intermediários (COELHO, 2008).

Para Bernardes et al. (2007), modelos de gestão tradicionais tendem à verticalização e individualização dos processos decisórios em saúde, sobretudo nos hospitais. A racionalização do trabalho assistencial transforma sua produção semelhante à de uma organização lucrativa e impessoal, contribuindo para a desagregação das equipes de saúde e desmotivação para o trabalho (ALVES, DESLANDES e MITRE, 2011).

Contudo, o modelo tradicional de gestão se tornou insuficiente frente aos inúmeros desafios de gerir (PUCCINI e CECÍLIO, 2004; BRASIL, 2009), como: elevação da expectativa de vida, surgimento das doenças crônicas, escassez de recursos e ausência ou ineficiência de mecanismos de avaliação de desempenho (FARIAS e ARAÚJO, 2017).

Deste modo Brito et al. (2015) revelam que as variações nos modelos de gestão são reflexos das mudanças sociais advindas de movimentos reivindicatórios que mobilizam o *status quo* da gestão hospitalar em idas e vindas com o intuito de encontrar formas alternativas que possam favorecer o equilíbrio entre a teoria e a prática.

Autores como Rivera e Artmann (2010) e Cecílio (2011) versam acerca da necessidade de buscar referenciais que se aproximam da micropolítica institucional, em consonância com a sua dimensão política, social e cultural, com o intuito de experienciar novas formas de fazer gestão (BERNARDES et al., 2007). Nessa perspectiva, os modelos de gestão estão pautados no nível de participação dos atores no processo de condução da organização e, conseqüentemente, da tomada de decisão.

Os modelos de gestão podem ser classificados como: autoritário, centralizador, participativo, democrático, compartilhado. A partir desta classificação define-se os tipos de gestão: participativa, cogestão ou autogestão (LEITE e GUIMARÃES, 2014).

Há diferentes obstáculos que podem dificultar a manutenção de modelos inovadores de gestão hospitalar tais como: frágil formação técnica dos profissionais de saúde para a gestão, bem como, a descontinuada e ineficiente ação da EP nesta área (LORENZETTI et al., 2014); atravessamento de demandas inesperadas, a exemplo da covid-19 (SANTOS, 2020); mudança dos componentes da alta direção (LORENZETTI et al., 2014); fontes e volume de recursos para o financiamento dos hospitais (FARIAS e ARAÚJO, 2017); pressão da rede de atenção à saúde para resolutividade das demandas dos usuários frente ao contexto comum de superlotação das portas de urgência e emergência (LIMA, LEITE e CALDEIRA, 2015). Ainda, podemos citar a pouca autonomia das coordenações (VENDEMIATTI et al., 2010); ausência de alinhamento dos processos de trabalho às diretrizes institucionais (BERNARDES et al., 2007); insuficiência de métodos avaliativos de trabalhadores e gestores que deixem claro o que se espera do corpo institucional (GOMES e LIMA, 2015). Os desafios também se estendem aos conflitos provenientes de divergências interpessoais sustentadas pela disputa de interesses pessoais e profissionais, bem como em problemas de convivência e relações de poder (SILVA e SANTOS, 2012) e cobranças provenientes da alta direção reveladas por resultados de indicadores de gestão da qualidade e segurança do paciente como média de diárias de internação, taxa de ocupação de leitos, taxas de cancelamento de cirurgias, índice de infecção hospitalar, média de custo por internação, entre outros (SILVA, 2021).

Assim, a manutenção de uma proposta inovadora de gestão hospitalar é atravessada por múltiplos interesses, atores e momentos que determinam o modo como a instituição vai operar seus processos na relação interna e externa. É importante considerar ainda que os ciclos de

mudança que perpassam qualquer instituição podem interferir nos processos de trabalho imprimindo diferentes formas de gerir um hospital.

Neste estudo, entende-se que a gestão hospitalar é operacionalizada em três dimensões interdependentes: macro, meso e micropolítica. Na dimensão macropolítica estão situados os dirigentes institucionais ocupantes dos cargos de alta gestão definidos na estrutura organizacional (CECÍLIO, 2007).

Na dimensão meso estão situados coordenadores e demais membros considerados da gestão intermediária do hospital. Na dimensão micropolítica, atuam todos os trabalhadores que, independentemente de ocuparem posições de gestão na estrutura organizacional, operam no autogoverno e na gestão dos seus próprios processos de trabalho (CECÍLIO, 2007).

No estudo de Lorenzetti e colaboradores (2014), ficou evidente que investigar o que gestores dos serviços de saúde pensam sobre os modos de fazer gestão é um caminho promissor para compreensão dos problemas que estes profissionais vivenciam.

Articular os modos de gestão que se conformam nas dimensões macro, meso e micropolítica de um hospital é um grande desafio e pode revelar confluências ou dissonâncias entre o que está definido como princípios e valores institucionais e aquilo que acontece na prática. Assim, pressupõe-se que existe um distanciamento entre o que definido e praticado em relação ao modelo de gestão do HRTN.

Cotidianamente, estes modos de fazer gestão estão em constante mudança, o que exige conhecer e reconhecer os elementos que contribuem para a sustentação dos valores coletivos de uma organização.

Por outro lado, é fundamental revelar os fatores que impactam no “desalinhamento” entre as definições macro institucionais e a forma de executar a gestão nas dimensões meso e micropolítica. Este processo pode resultar da falta de diretrizes objetivas, da dificuldade de compreender e exercitar a gestão corresponsável, compartilhada e participativa ou ainda da ausência de um processo permanente de formação dos gestores que culminam em um agir intuitivo e responsivo às demandas mais emergenciais (CECÍLIO e MENDES, 2004).

Ainda prevalece a concepção de que qualquer profissional sabe gerir, por ser algo possível de ser assimilado na prática. Poucos são os gestores que passaram por programas formativos para apreensão de conhecimentos e habilidades próprias da gestão, como liderar grupos, favorecer a motivação e contribuir para a eficácia e efetividade das organizações e melhoria da qualidade de vida das pessoas no trabalho (AMARAL, 2011).

Este estudo se torna relevante também diante da lacuna de conhecimento existente na literatura sobre a temática modelo de gestão hospitalar. De acordo com Reeves (2016), somente

a partir de mais evidências científicas é que será possível avançar efetivamente no planejamento e na implementação de práticas colaborativas de gestão que possam beneficiar à atenção ao paciente.

Frente ao exposto, apresenta-se este estudo que tem como objeto a gestão hospitalar com a finalidade de responder às perguntas de pesquisa: como se configura o modelo de gestão do Hospital Risoleta Tolentino Neves? Quais os elementos intervenientes no modelo de gestão?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a configuração do modelo de gestão do Hospital Risoleta Tolentino Neves na perspectiva dos coordenadores.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a compreensão sobre o modelo de gestão adotado pelo Hospital Risoleta Tolentino Neves;
- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores do modelo de gestão adotado pelo Hospital Risoleta Tolentino Neves.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesse capítulo instituiu-se um caminho teórico, descrito a partir de conceitos que se relacionam com o objeto de estudo e a problemática que o cerca.

3.1 MODELOS DE GESTÃO

Compreende-se por modelo de gestão uma configuração conceitual e operacional constituída de diretrizes em prol da estruturação dos processos de trabalho, disposição do capital humano e dos recursos materiais e financeiros, definidos para uma dada estrutura institucional. (STEPHAN-SOUZA et al., 2006). Refere-se ao modo de condução das práticas organizacionais para a realização dos objetivos institucionais, compreendendo um conjunto de análises, decisões, comunicação, liderança, motivação e avaliação (STEPHAN-SOUZA et al., 2006).

Colocar em prática o modelo de gestão definido requer o conhecimento e o reconhecimento da missão institucional, considerando o sistema de saúde como um todo, tendo em vista que é necessário construir, de forma flexível, transversal e criativa, múltiplos circuitos modelados sempre pelo critério das necessidades dos usuários (CECÍLIO e MERHY, 2003).

Para isso, deve-se considerar os atributos de um cuidado com qualidade, centrado na singularidade de cada sujeito, com vistas à responsabilização, estabelecimento de vínculo e autonomia. A concretização desse modo de cuidar depende da vontade de diretores e coordenadores das unidades de saúde, mas sobretudo da participação das equipes de trabalho no desenho das propostas que efetivará uma assistência com compromisso e engajamento, pois são elas que atuam dia a dia frente aos problemas do cotidiano.

Vários desafios permanecem latentes no campo da saúde pública, dificultando o processo de consolidação do SUS. Segundo Souza (2009), a principal estratégia para aproximar o SUS possível do SUS necessário consiste na elaboração de políticas de gestão do trabalho coerentes com as políticas de saúde.

Ainda há que ser revista a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e bens de saúde, o fortalecimento da corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários, as constantes queixas de desvalorização dos trabalhadores da saúde, a precarização das relações entre as equipes de saúde, baixo investimento em educação em saúde para os trabalhadores, pouca ou nenhuma participação dos trabalhadores na gestão dos serviços e a dificuldade de vínculo desses profissionais com os usuários (BRASIL, 2010a).

As informações apresentadas aproximam-se de fatos observáveis na micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde, uma vez que a maior dificuldade dos trabalhadores é conseguir lidar com a subjetividade e conseqüentemente com a superação de modelos de gestão verticalizados e centralizados que colocam os profissionais de saúde menos envolvidos com o próprio processo de trabalho (CECÍLIO e MERHY, 2003). Isto revela que o amadurecimento do SUS está diretamente relacionado as mudanças no modelo de gestão (BRASIL, 2010b).

Os modelos de gestão podem ser classificados como: autoritário, centralizador, participativo, democrático, compartilhado. A partir desta classificação define-se os tipos de gestão: participativa, cogestão ou autogestão (LEITE e GUIMARÃES, 2014). Essa definição se torna necessária para fins didáticos e de compreensão, entretanto, independente de qual modelo de gestão seja adotado pela organização o cerne da sua existência está em atender as necessidades dos usuários.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), preconiza-se o princípio da participação, que se configura parte fundamental na sua organização e modelo de gestão. Nesse sentido, para o SUS, defende-se um processo decisório democrático, descentralizado, compartilhado e transparente conhecido como gestão **participativa**, construída a partir de espaços ampliados de decisão (BRASIL, 2009).

A esse respeito, Motta (2003) defende que participar não implica necessariamente que todos os atores se manifestem em relação a todos os processos de trabalho, porém implica necessariamente algum grau de influência sobre os espaços de poder.

O modelo de gestão, em uma perspectiva descentralizadora e horizontalizada tem em seu cerne a responsabilização dos sujeitos, o que implica no desenvolvimento de processos comunicativos e de negociação internos e externos, que redundem em acordos relativos aos projetos assistenciais (STEPHAN-SOUZA et al., 2006).

Entende-se por **cogestão** o modelo de administração que implica codecisão em determinadas pautas e direito de consulta em outras, configurando uma participação mais significativa dos trabalhadores de saúde (MOTTA, 2003). Inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde (BRASIL, 2009).

Apesar de não ser possível dissociar de participação, a configuração da cogestão se dá para além de envolver-se nos processos de trabalho, inclui novos sujeitos e novas funções na esfera da gestão, a exemplo da discussão entre trabalhadores e gestores acerca do contexto, dos problemas e conseqüentemente das instâncias decisórias (BRASIL, 2009; LEITE e GUIMARÃES, 2014).

Cecílio (2010) afirma que independentemente de o modelo de gestão colegiada ser considerado inovador em resposta ao modelo gerencial hegemônico, a instituição de colegiados de gestão não garante a distribuição de poder e a constituição de espaços compartilhados de decisão. Portanto, existe um distanciamento entre as formulações propostas e o que de fato acontece nos colegiados gestores pela dificuldade dos trabalhadores em reconhecerem esses espaços como um local efetivo de participação e decisão.

Corroborando o pensamento de Cecílio (2010), Possa e Cortes (2012) afirmam que os espaços colegiados de gestão são possibilidades concretas de horizontalização das relações de poder instituídas no hospital. Contudo, os mesmos autores mencionam ser um desafio o alcance de uma organização democraticamente plena no sentido de uma sólida participação dos trabalhadores envolvidos.

Para colocar em prática a cogestão é necessária vontade política, provisão de condições concretas e método para resultar em mudança nas organizações de saúde, pois sem esses aspectos, corre-se o risco de transformar a cogestão apenas em um exercício discursivo (BRASIL, 2009).

Tem-se ainda o modelo que consiste na própria gestão, sendo ela caracterizada pelo controle dos sujeitos (processos de assujeitamento e alienação) ou na reinvenção do trabalho enquanto produtor de sentido (BRASIL, 2009). Conceitua-se a **autogestão** um modelo em que o coletivo é protagonista por se auto administrar e situar-se a luz do poder (LEITE e GUIMARÃES, 2014). Nessa concepção, a gestão não é um lugar ou um espaço de especialistas; todos fazem gestão (BRASIL, 2009) com a intenção de superar concepções que identificam os trabalhadores como “recursos humanos”, para uma posição de sujeitos críticos que refletem sobre a sua realidade (BRASIL, 2015).

O modelo de autogestão vem na contramão da lógica Taylorista e Fordista que concebe a ação não-espontânea e alienada dos trabalhadores, que necessitariam de supervisão, controle, disciplinarização e estímulos para produzir. Estes comportamentos resultam na renúncia em participar de processos de criação, transformando o trabalho em lugar de repetição, de produção em série e de realização daquilo que foi pensado em outro lugar (BRASIL, 2009).

3.2 HOSPITAL: UMA INSTITUIÇÃO COMPLEXA

Os hospitais apresentam o compromisso com o tratamento e a recuperação da saúde dos usuários, e para tanto, precisam pensar modos de fazer gestão orientados ao aprimoramento de sua atividade fim, considerando a crescente racionalização das práticas médico-hospitalares

(FARIAS e ARAÚJO, 2017). Acrescenta-se a essa realidade problemas de ordem financeira, tecnológica e de regulação (FARIAS e ARAÚJO, 2017) e o desafio de gerir pessoas e recursos materiais (FERREIRA, GARCIA e VIEIRA 2010).

No campo da Sociologia, Carapinheiro (1998) problematiza o hospital em três vertentes teóricas principais: o hospital é e não é uma burocracia no sentido weberiano do termo, concluindo que esta instituição é uma burocracia de tipo especial. É um tipo de organização que apresenta componentes de funcionamento burocrático, uma burocracia convivendo tensamente com uma organização que também funciona dentro de uma lógica adocrática. Tais considerações têm grande importância para se pensar as dificuldades e contradições na gestão dos hospitais.

A outra vertente apontada por Carapinheiro é construída a partir das contribuições de Foucault, na temática do poder enquanto disciplina e as relações poder/saber, para uma compreensão mais adequada das complexas relações que os médicos estabelecem com a instituição, as outras categorias profissionais e os pacientes (MERHY e CECÍLIO, 2003).

Há por fim contribuições assentadas na fenomenologia e na teoria da ação de base weberiana, segundo a qual o hospital pode e deve ser visto a partir da perspectiva da ordem negociada (FEUERWERKER e CECÍLIO, 2007).

Assim, o hospital é sistema, mas também é burocracia, ordem, lugar de reprodução, de forças instituintes, de possibilidades de caminhar em outros sentidos e direções, de conflitos e mudanças (MERHY e CECÍLIO, 2003).

Trata-se de um ambiente complexo de atuação profissional, com a participação de vários atores, envolvidos de forma coletiva ou não e direta ou indiretamente no trabalho em saúde. O hospital, neste sentido pode ser entendido como um conjunto de relações e mecanismos organizados por certas racionalidades e modelagens tecnológicas e assistenciais, onde as práticas organizacionais, são resultados da dinâmica que envolve os atores implicados no seu interior, a partir de seus valores, culturas e entendimentos políticos (POSSA e CORTES, 2012).

Segundo Vendemiatti et al. (2010), existe nas organizações hospitalares uma dualidade no processo de gestão orientada por vetores que, em alguns momentos, se colocam em posições antagônicas, delimitando espaços de poder peculiares e complexos de serem administrados. De um lado, estão os gestores do corpo de especialistas, principalmente médicos e enfermeiros que atuam na lógica de sua formação profissional e são detentores de poder tanto em função de seu conhecimento específico, como pelo ambiente de urgência e risco, e ainda pela legitimidade diante da equipe construída pela convivência em situações limite. Do outro lado, tem-se o corpo gerencial que, deslocado do cotidiano assistencial, também ocupa funções que envolvem

processos de adesão dos trabalhadores e ações de controle e direcionamento das atividades diárias (VENDEMIATTI et al., 2010).

Além do organograma formal constituído nas organizações, têm-se ainda as relações que se estabelecem na micropolítica do hospital e que influenciam diretamente na gestão deste cenário desafiador (CECÍLIO e MENDES, 2004).

Segundo Coelho (2008), historicamente, as instituições hospitalares se configuraram em ambientes disciplinares marcados pelo modelo médico-centrado e biologicista.

Para Carapinheiro (1998) existiria nos hospitais um sistema composto por duas autoridades. A alta direção que ocupa um espaço formal na organização e detém informações sobre seu funcionamento, em especial da gestão das áreas de apoio técnico e administrativo. E a segunda, constituída pelos médicos, caracterizada pelo carisma, segundo a autora, o que confluiria em fluxos de autoridade transversalizados que perpassam todos os contextos da organização.

Essa transversalização da autoridade médica e os fortes componentes de autonomia, ainda presentes em sua prática cotidiana, são o ponto de partida para a discussão da singularidade das organizações hospitalares (CECÍLIO e MENDES, 2004).

Carapinheiro (1998) problematiza também os indícios do intenso disciplinamento presente nas instituições hospitalares, a partir do elevado número de registros, como: identificação do paciente, disposição e enumeração dos leitos, informações dos procedimentos realizados, motivo que levou a realização dos mesmos, descrição do ato cirúrgico, dos materiais utilizados, horários, justificativa de cancelamento, equipes que estiveram presente, fluxo a ser percorrido pelo paciente de acordo com a sua demanda, anotações referentes a melhora ou piora do quadro clínico, exames de controle, prescrições e receituários.

A partir do exposto, instala-se na organização hospitalar instrumentos para além da cura, um arcabouço documental dos processos de trabalho estabelecidos, oriundo de acúmulos e saber, conhecido como disciplinarização dos atos hospitalares (CECÍLIO e MENDES, 2004).

Essa disciplinarização dos atos hospitalares culminou no surgimento de programas de acreditação hospitalar, de pontuação e classificação das organizações ocasionando o movimento de protocolização das ações, uso de indicadores e mecanismos de prestação de contas com o intuito de avaliar, controlar e capturar a autonomia dos trabalhadores, configurando-se em dinâmicas de controle do cotidiano hospitalar (CECÍLIO e MENDES, 2004).

Segundo Merhy e Cecílio (2003), é fato que os hospitais são estruturas que também apresentam funcionamento sistêmico: possuem mecanismos estruturados e previsíveis, fluxos

de insumos, processos materiais e *outputs* estimados. No entanto, este modo de operar essas instituições não é suficiente para reconhecer a singularidade e o desafio presente na gestão hospitalar.

Reinventar os hospitais pressupõe alterar o seu modo de produção de saúde e fluxos de poder. Em geral, as organizações de saúde têm uma disposição centralizadora do poder, fomentando processos de comunicação pouco transversais e colocando em relação apenas os iguais, ou seja, os pares (médicos com médicos, enfermeiros com enfermeiros). Isso dificulta a emergência de processos instituintes (BRASIL, 2009), a exemplo da implantação de metodologias participativas e dialógicas de organização do trabalho nos hospitais (BRASIL, 2007; CECÍLIO, 2010).

Diante da complexidade e dos desafios que habitam os hospitais é emergente neste cenário de mudanças contínuas criar oportunidades para se discutir de maneira qualificada a construção de novas tecnologias e estratégias de gestão que ampliem as possibilidades de oferta de atenção à saúde.

3.3 MACRO, MESO E MICROPOLÍTICA NA GESTÃO HOSPITALAR

A gestão das redes de atenção à saúde (RAS) acontece em três níveis: a macropolítica – que possui em sua essência os arranjos de organização do sistema; a mesopolítica – caracterizada pelos fluxos internos de cada dispositivo de saúde no que compete a viabilização das ações em saúde; e a micropolítica que constitui os aspectos relacionais e as redes de conversações entre as equipes de saúde (BRASIL, 2012a).

Conhecido como espaço de singularização, de criação de novas invenções, de produção de mais vida e mais saúde, o nível micro não está disposto em nenhum ponto específico da estrutura social, pois contempla uma rede de mecanismos que abarca todos os sujeitos da organização, denominado micropolítica (OLIVEIRA, 2017).

Segundo Cecílio (2007), a micropolítica é um

[...] conjunto de relações que estabelecem, entre si e os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada ‘realidade organizacional’ (p. 10).

Para este mesmo autor, os sujeitos que compõem o cenário hospitalar são pessoas com valores, projetos e interesses que disputam sentidos para o trabalho em saúde. Portanto, o

contexto laboral é um campo marcado por disputas, acordos, composições, coalizões e afetos; um campo constituído e atravessado por relações de poder.

Para Cecílio (2009) o trabalhador da saúde detém poder sobre seu processo de trabalho na dimensão micropolítica revelando sua capacidade de autogoverno, ou seja, de reorganização das normas e resistência a mudança por assumirem a posição de “senhor de si mesmo”.

A partir do conceito de Cecílio (2007), adotou-se o conceito de macropolítica enquanto processos que se articulam ao contexto organizacional e o conformam, ou seja, os aspectos estruturais da organização da sociedade, como a legislação e as normas além da conformação e estrutura dos serviços de saúde. O nível mesopolítico contempla as estratégias para viabilizar as políticas públicas em nível micropolítico, espaço onde ocorre a operacionalização das ações de saúde.

Cabe destacar que, do ponto de vista macropolítico, atravessamentos marcados pela conjuntura atual, referente à pandemia da covid-19, podem refletir ainda mais incisivamente no trabalho das equipes de saúde (MAZZA, 2020).

Nesse sentido, apesar da potência da micropolítica como propulsora de mudanças para qualificar o trabalho das equipes, considera-se fundamental iniciativas da esfera macropolítica a fim de consubstanciar esse processo (MAZZA, 2020).

4. METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. De acordo com Minayo (2009), essa metodologia

[...] trabalha com o universo dos significados; dos motivos; das aspirações; das crenças; dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (p. 21).

Do ponto de vista da saúde, Minayo (2009) define a pesquisa qualitativa como um método científico de ordem subjetiva e relacional, importante na construção do conhecimento, visto que os fenômenos dessa área são complexos e dinâmicos não reduzíveis à operacionalização de variáveis.

Yin (2016) não resume a pesquisa qualitativa a uma definição singular e convida pesquisadores a pensá-la a partir de cinco orientações:

1. estudar o significado da vida das pessoas, nas condições da vida real;
2. representar as opiniões e perspectivas dos participantes de um estudo;
3. abranger as condições contextuais em que as pessoas vivem;
4. contribuir com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes que podem ajudar a explicar o comportamento social humano; e
5. esforçar-se por usar múltiplas fontes de evidência em vez de se basear em uma única fonte (p.29).

Considera-se a partir das reflexões que o objeto das ciências sociais e humanas é essencialmente qualitativo, permeado por processos de ir e vir demonstrando o dinamismo do conhecimento e daquilo que se pode inferir a respeito do objeto de acordo com o contexto que está inserido e o momento vivido, distante do desejo de suprir aquilo que revela a totalidade (TURATO, 2005; DENZIN e LINCOLN, 2006).

Diante da amplitude da pesquisa qualitativa, no exercício interpretativo que a caracteriza, o pesquisador não deve se ater apenas a escolha de um método, mas também buscar formas de alcançar os objetivos do estudo com criatividade, responsabilidade e rigor científico, corroborando com as contribuições que vem trazendo ao longo dos últimos anos para a ciência

(YIN, 2015). Além disso, o sujeito, em pesquisas dessa natureza, é considerado como parte de um contexto com o qual se relaciona, sendo indissociável de suas relações, as quais são decisivas em seus modos de ser (ARAÚJO, OLIVEIRA e ROSSATO, 2017).

Assume-se como delineamento metodológico o estudo de caso. Define-se por estudo de caso uma investigação empírica em profundidade de um fenômeno contemporâneo em seu contexto real, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes (YIN, 2015).

O estudo de caso revela o desejo do pesquisador de compreender fenômenos sociais complexos a partir de um “caso”, embora não tenha controle sobre ele (YIN, 2015). Focado neste “caso” o pesquisador irá obter a partir de uma perspectiva holística a compreensão de eventos contemporâneos do mundo real, seja de um indivíduo, família, grupo ou comunidade, seguindo alguns requisitos básicos para sua realização, tais como severidade, objetivação, originalidade e coerência (YIN, 2015).

Aproxima-se das características da pesquisa histórica, porém adiciona duas fontes diferenciadas ao repertório do estudo de caso: observação direta dos eventos sendo estudados e entrevista das pessoas envolvidas nos eventos. Destaca-se, nos estudos de caso, sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências: documentos, artefatos, entrevistas e observações, precisando convergir de modo triangular. Portanto, configura-se uma pesquisa complexa de ser operacionalizada quando classicamente é visto como um método desprezível (YIN, 2015).

O estudo de caso é composto por cinco elementos fundamentais que auxiliam o pesquisador a desenvolver proposições teóricas: **as questões do estudo de caso** (“como” e “por que”), **as proposições, se houver** (algo que deve ser examinado dentro do escopo do estudo), **a(s) unidade(s) de análise** (definir e delimitar o “caso”). Estes são os instrumentos que ajudam o pesquisador a identificar os dados que devem ser coletados. Já **a lógica que une os dados às proposições** (indicação antecipada dos passos da análise de dados do estudo de caso) e **os parâmetros para interpretar as constatações** (definição dos critérios para interpretação dos resultados) levam à antecipação da análise do estudo de caso em questão, sugerindo o que deve ser feito após os dados terem sido coletados (YIN, 2015).

O uso de teorias e proposições teóricas auxilia o pesquisador na definição do projeto de pesquisa e conseqüentemente na assertividade da coleta de dados (YIN, 2015). Ademais, o uso de teorias e proposições teóricas são veículos para a generalização de resultados do estudo de caso baseada tanto em corroboração, modificação, rejeição ou avanço de conceitos teóricos

referidos no estudo de caso quanto em novos conceitos que surgem na conclusão da pesquisa (YIN, 2015).

Os estudos de caso único possuem duas variantes, as que usam projetos holísticos e as que usam unidades integradas de análise. Justifica-se realizar um estudo de caso único quando este representa um teste crítico da teoria existente, uma circunstância extrema ou peculiar, um caso comum, uma proposta reveladora ou uma proposta longitudinal (YIN, 2015).

Deve-se levar em conta uma potencial vulnerabilidade dos estudos de caso único, uma vez que nos desdobramentos da pesquisa o caso elucidado não venha a ser de fato o que foi considerado no início do estudo (YIN, 2015). Para minimizar este efeito, Yin (2015), aponta que os projetos de caso único exigem uma investigação cuidadosa do caso potencial e acesso ampliado às evidências do estudo de caso.

Voltado à análise da singularidade dos processos organizacionais e dos desafios enfrentados na introdução de mudanças na forma de gestão e produção do cuidado, esse projeto de pesquisa refere-se a um estudo de caso único relacionado ao modelo de gestão do HRTN na perspectiva dos coordenadores.

Para combater ameaças à validade na pesquisa qualitativa utilizou-se do que Yin (2015) chama de “linhas convergentes de investigação”. Essas linhas convergentes se dão em processos de triangulação, os quais se dividem em: triangulação dos dados, do investigador, da teoria e metodológica. Neste estudo, foi realizada a triangulação dos dados, uma vez que se utilizou mais de uma fonte de obtenção das informações.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário da pesquisa foi o HRTN, localizado no distrito sanitário de Venda Nova, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

O HRTN foi inaugurado em 1998 e é o principal hospital geral de referência para atendimento aos usuários do SUS da região norte de Belo Horizonte e municípios do entorno (como Lagoa Santa, Pedro Leopoldo, Ribeirão das Neves, Santa Luzia, São José da Lapa, Vespasiano, entre outros), conforme apresentado no mapa a seguir.

Figura 1 – Mapa da região norte de Belo Horizonte



Fonte: Adaptado de Google Maps (2022).

Considerada uma instituição filantrópica, com assistência exclusiva à usuários da rede pública e porta aberta 24 horas/dia, é responsável pelo atendimento de aproximadamente 1,5 milhões de pessoas, caracterizadas por altos índices de vulnerabilidade social. É reconhecido pela assistência ao trauma, às doenças clínicas, cirúrgicas, neurológicas e vasculares de média e alta complexidade e atendimento às gestantes de alto, médio e baixo risco. Conta com uma equipe multiprofissional de aproximadamente 2400 trabalhadores, contratados via seleção pública, em regime celetista, sob a gestão da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), apoiada administrativamente por uma empresa de direito privado desde 2006 (HRTN, 2022). Além da equipe multiprofissional, compõe este conjunto, trabalhadores terceirizados, jovens aprendizes, bolsistas, estagiários, residentes e acadêmicos.

A área física é composta por um prédio e edificações anexas dentro de um mesmo complexo. O Hospital possui mais de 380 leitos, seis salas cirúrgicas e ambulatórios de egressos, anticoagulação, cuidados paliativos e neurologia (HRTN, 2022).

Os modelos de assistência, ensino e gestão estão articulados com a rede do SUS e comprometidos com uma administração eficiente (HRTN, 2022). A assistência é estruturada por linhas de cuidado (clínico, cirúrgico, intensivo e materno-infantil) e por meio delas o paciente é visto a partir de sua singularidade, garantindo o cuidado integral. A porta de entrada

para essas linhas se dá através do Pronto Socorro e da Maternidade com classificação de risco 24 horas (HRTN, 2022).

O HRTN tem como princípios a responsabilidade, a dedicação e o cuidado humanizado ao usuário. A atual missão da instituição:

“promover cuidado integral no âmbito da urgência, emergência e materno-infantil aos usuários do SUS, com qualidade e segurança, e contribuir para a formação de pessoas e produção do conhecimento na área da saúde” (HRTN, 2022).

A escolha do local se deu em função da instituição estar revendo sua forma de gerir, em busca de consolidar um modelo de gestão participativa, conforme descrito no site institucional e no planejamento estratégico vigente do Hospital. Acredita-se que o fato da instituição reconhecer a potencialidade da gestão enquanto um espaço político e social a partir de uma perspectiva dialógica em saúde pode trazer elementos importantes para o reconhecimento do modelo de gestão praticado e os fatores intervenientes, com o intuito de reduzir as lacunas entre teoria e prática.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

De acordo com o referencial da pesquisa, a gestão hospitalar é operacionalizada em três dimensões: macro, meso e micropolítica. Na dimensão mesopolítica estão situados os coordenadores, considerados da gestão intermediária do hospital, por fazerem interlocução entre os seus gestores de referência e os trabalhadores operacionais.

A partir do exposto, a definição dos participantes do estudo se deu pela constituição estratégica do trabalho esperado dos coordenadores, levando em conta seu papel na organização do trabalho e a necessidade de atuarem a partir de decisões colegiadas em prol da instituição, trabalhadores e usuários. Portanto, entende-se que estes profissionais têm uma grande vinculação com o problema a ser investigado e que poderiam contribuir com informações e percepções sobre como se configura e quais os elementos intervenientes do modelo de gestão do HRTN a partir das discussões de modelo de gestão propostas por Luiz Carlos de Oliveira Cecílio.

Os participantes da pesquisa foram os trabalhadores que, no momento da coleta de dados, ocupavam cargos de coordenação das áreas assistenciais e administrativas do HRTN. À época da coleta de dados o HRTN contava com um quadro de 49 coordenadores, sendo que,

um estava afastado de suas atividades, um estava em fase de contratação para substituição, uma estava de licença maternidade e uma estava gestante em afastamento, resultando em 45 coordenadores ativos. Destes 34 são da área assistencial e 11 da área administrativa.

A amostra abrangeu 12 indivíduos, considerando o critério de saturação para definição do número de participantes. Nenhuma informação de relevância singular que explicou com clareza o objeto de estudo foi desprezada.

O critério de inclusão abrange os coordenadores das áreas assistenciais e administrativas do HRTN que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos aqueles que estavam de férias ou afastados no período da coleta de dados.

4.4 COLETA DE DADOS

As fontes de evidência foram a análise documental (fonte secundária) e as entrevistas semi-estruturadas individuais (fonte primária) levando em conta os critérios de qualidade exigidos pela pesquisa qualitativa.

Os documentos consultados foram: manuais, como o de ética e conduta, estatutos, planejamento estratégico institucional, regimento interno, organograma da instituição e projeto gestão por competências. A seleção dos documentos analisados foi feita previamente a realização das entrevistas, por meio de uma varredura nos arquivos digitais e *site* da instituição, buscando identificar, por meio das palavras *coordenador*, *coordenação*, *líder*, *gestor*, *modelo* e *gestão* elementos que auxiliassem na investigação do objeto de estudo.

O uso da análise documental proporcionou a extração e resgate de informações que contribuíram para a ampliação do entendimento do objeto de pesquisa em um contexto histórico e sociocultural (SÁ-SILVA, ALMEIDA e GUINDANI, 2009).

Para Minayo (2014), os roteiros de entrevista semi-estruturada enumeram da forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer tratar sobre o objeto de investigação a partir de suas hipóteses. Dessa forma, o participante teve a oportunidade de se colocar livremente sobre a temática, sendo possível fazer adaptações do roteiro ao longo da entrevista, com o intuito de captar as nuances que mais pudessem contribuir para a análise e discussão da pesquisa.

As primeiras perguntas do roteiro de entrevista tinham a finalidade de descrever o perfil dos participantes. A primeira delas diz respeito ao tempo de experiência enquanto coordenador, independente do serviço de atuação. A segunda pergunta do roteiro de entrevista é direcionada

ao tempo de atuação no HRTN, independente da função. A terceira pergunta do roteiro diz respeito ao tempo em que o entrevistado ocupa a função de coordenador no serviço.

A definição da ordem das entrevistas ocorreu por meio de sorteios, inicialmente entre os coordenadores médicos, maior número de profissionais com essa função, seguido dos enfermeiros. Para realizar os sorteios, foi utilizado o site www.sorteador.com.br. O primeiro coordenador médico e o primeiro coordenador enfermeiro sorteados foram selecionados como entrevistas piloto. Optou-se por não incluir nesse sorteio inicial os coordenadores com outras formações profissionais, por representarem um número menor de pessoas.

Após o teste do instrumento de coleta de dados, não foi devido realizar nenhuma adaptação no roteiro semi-estruturado (APÊNDICE B), portanto as duas entrevistas piloto foram consideradas pertencentes a amostra do estudo. O teste do instrumento foi realizado para ajustar as perguntas, se necessário, a fim de evitar interpretações ambíguas e duvidosas que pudessem comprometer o rigor do método e a obtenção dos dados.

O próximo sorteio realizado, por meio do *site* já mencionado, foi para definir a sequência das entrevistas após a validação do roteiro semi-estruturado. Nesse sorteio já foram incluídos além dos coordenadores médicos e enfermeiros, os coordenadores com outras formações profissionais. Para isso utilizou-se de três listas diferentes elaboradas em Excel, uma com os coordenadores médicos, outra com os coordenadores enfermeiros e a última com os coordenadores de demais formações profissionais. Como as entrevistas piloto puderam ser aproveitadas, a lista utilizada para iniciar o sorteio em questão foi a de coordenadores de demais formações profissionais, seguido novamente dos coordenadores médicos, coordenadores enfermeiros e assim sucessivamente, até a saturação dos dados.

As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022, sendo previamente agendadas de acordo com a disponibilidade dos sujeitos de pesquisa e diretriz institucional frente ao contexto imposto pela pandemia da covid-19. Foram realizadas pessoalmente (nenhum participante se opôs a realizar a entrevista presencial), no próprio local de trabalho e em sala reservada, garantindo a privacidade do ambiente onde pesquisador e entrevistado se encontravam no momento da entrevista e seguindo os protocolos de orientação para prevenção da covid-19, disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS).

No momento da entrevista foi entregue, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) assinado pela pesquisadora e pesquisadora responsável pelo estudo, para leitura, esclarecimento das possíveis dúvidas e coleta da assinatura do participante que aceitou contribuir com a pesquisa.

Segundo Minayo (2017) a pesquisa qualitativa não pressupõe o critério numérico enquanto definidor da amostra. Para a autora, deve-se levar em conta a quantidade e intensidade das múltiplas dimensões que compõem o fenômeno e a busca pela qualidade das ações e interações em todo o decorrer do processo.

Para garantir a representatividade da amostra buscou-se a apreensão da realidade do fenômeno a ser estudado (CHARMAZ, 2009). Essa assimilação ocorreu quando na coleta de dados não foi perceptível a incorporação de novos *insights* que contribuíssem para revelar elementos ainda não mencionados em busca de melhor compreender a realidade estudada (CHARMAZ, 2009). Assim, a amostra abrangeu 12 indivíduos, considerando o critério de saturação para definição do número de participantes. Nenhuma informação de relevância singular que explicou com clareza o objeto de estudo foi desprezada.

Para validação das informações gravadas, foi enviado ao participante via *WhatsApp* a transcrição da entrevista na íntegra, com a utilização de pseudônimos para assegurar o anonimato do entrevistado. Foi dado um prazo para verificação e confirmação dos dados obtidos.

Acredita-se que a triangulação de dados por meio da realização de entrevistas e análise documental se alinha ao objeto deste estudo e favoreceu a compreensão sobre como se configura o modelo de gestão do HRTN e quais os elementos intervenientes neste modelo de gestão, uma vez que possibilita a apreensão do fenômeno, em diferentes situações, além de aumentar a confiabilidade dos dados (SANTOS et al., 2020).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise das informações coletadas nas entrevistas foi orientada pela proposta da Análise de Discurso Crítica (ADC) de Fairclough (2001) que trabalha com uma análise tridimensional dos eventos considerando-os, ao mesmo tempo, um **texto** (análise linguística), um exemplo de **prática discursiva** (análise da produção e interpretação textual) e um exemplo de **prática social** (análise das circunstâncias institucionais e organizacionais do evento comunicativo). Essa característica tridimensional faz com que Fairclough (2001) considere o discurso para além de uma representação dos fatos humanos, compreendendo-o enquanto prática social que constrói e desconstrói materialidades, difunde ideologias e manifesta interesses, posicionamentos e relações.

Para apreensão dos discursos gravados, foi realizada a transcrição dos áudios na íntegra, utilizando-se da convenção abaixo, com a finalidade de analisar e interpretar os discursos constituídos a partir das falas dos participantes.

Tabela 1: Convenção adotada para transcrição das entrevistas

Categoria	Sinais	Descrição
Pausa	[silêncio]	Quando o participante realiza uma pausa na entrevista maior que meio segundo
Pausa preenchida	[risos]; [...]	Quando o participante emite risos ou reproduz sons cuja grafia é discutida, mas em algumas situações estão mais ou menos claros, indicando na maioria das vezes a construção do pensamento
Hesitação	[hesitação]	Expressão de indecisão por parte do entrevistado
Retratação	[retratação]	Afirmação de equívoco cometido pelo entrevistado, mediante declaração contrária a outra anteriormente feita

Fonte: Adaptado de Marcuschi (1986).

Para manter o sigilo, os participantes foram identificados como “Entrevistado”, seguido de números, não correspondente à sequência de realização das entrevistas.

O tratamento dos dados seguiu os passos utilizados por Resende (2008) em sua tese: a) leitura cuidadosa de cada documento; b) realização de grifos e tomada de notas a respeito dos textos no decorrer da segunda leitura, iniciando a seleção prévia dos recortes potenciais; c) definição do recorte final a partir da seleção de trechos significativos em seu conjunto, e não enunciados isolados; d) codificação em cores como primeira estratégia de identificação das categorias relevantes para a análise do documento; e) separação dos recortes que tratam das categorias que emergirão para a discussão.

Baseada na proposta de Resende (2008), nesta pesquisa, a análise dos dados, seja documental ou adquirido por meio das entrevistas, foi operacionalizada a começar pela leitura livre dos materiais obtidos de forma a se inteirar das informações contidas. A seguir, mediante a leitura cuidadosa, foram destacados os elementos mais relevantes a temática do estudo.

Após esse processo, os dados foram organizados em planilhas de Excel, uma para a análise documental e outra para a análise das entrevistas. O compilado da análise documental contém o nome dos documentos, a data em que foram elaborados e os trechos extraídos. Os documentos e entrevistas analisadas foram diferenciadas por cores para facilitar o reconhecimento dos dados. Além disso, para identificação das categorias pertinentes a serem

discutidas, foi realizada a codificação de cada documento e entrevista por trecho extraído e estes aproximados por similaridade (APÊNDICE C; APÊNDICE D; APÊNDICE E; APÊNDICE F e APÊNDICE G).

O conteúdo manifesto nos discursos foi correlacionado ao referencial teórico do estudo, de modo a subsidiar a descrição das categorias analíticas.

Para Salles e Dellagnelo (2019) a escolha do significado textual explorado no estudo depende do objetivo da pesquisa. Em investigações nas quais o que está em foco são as interações entre sujeitos, explorar o significado **acional** pode ser valioso (SALLES, DELLAGNELO, 2019).

O modo **identificacional** é útil em pesquisas que buscam identificar como são construídas e negociadas identidades no texto, ou seja, como as pessoas identificam a si próprias, e identificam e são identificadas por outros e, por isso, relacionado a julgamentos (sujeito moral) (SALLES, DELLAGNELO, 2019).

O significado **representacional** está relacionado a forma como aspectos do mundo físico e social estão representados em textos, nesta perspectiva, importa notar que aspectos particulares do mundo podem ser representados de maneiras diversas e envolvem, em algum grau, aspectos ideológicos (SALLES, DELLAGNELO, 2019). Para as autoras isso significa que diferentes discursos são diferentes perspectivas do mundo que estão associadas a diferentes relações que as pessoas estabelecem com o mundo e que estabelecem com outras pessoas (cooperação, competição, dominação, entre outros).

A análise textual envolve duas etapas: (1) análise interna do texto – corresponde a verificação de relações semânticas (causais, condicionais, temporais, aditivas, elaborativas, contrastes); relações gramaticais (conjunções, proposições, inserções); e vocabulário, buscando explicar o significado que as características gramaticais identificadas exercem no contexto da prática discursiva; (2) análise externa do texto – relacionada ao exame do texto em relação a outros textos, por meio da intertextualidade (SALLES, DELLAGNELO, 2019).

Nesta pesquisa, o significado textual coerente com o objeto de estudo é o representacional, elucidado a partir da detecção de interdiscursos (identificação dos discursos articulados e da maneira como são articulados (SALLES, DELLAGNELO, 2019), por meio do vocabulário utilizado e do emprego de metáforas e representação de eventos sociais (exame da forma como os eventos são recontextualizados, ou seja, como um evento social é representado no contexto de outro evento (SALLES, DELLAGNELO, 2019), neste caso, pela realização das entrevistas semi-estruturadas.

A análise do discurso enquanto prática discursiva, considera os elementos força, coerência e intertextualidade. A força contempla a classificação que o enunciado pode receber, de acordo com o contexto da situação em investigação (ameaças, pedidos, promessas, entre outros); a coerência é o que faz dar sentido ao texto; a intertextualidade diz respeito aos vários discursos que compõem o mesmo texto de forma manifesta ou constitutiva (FAIRCLOUGH, 2001).

A análise da prática social está relacionada aos aspectos ideológicos e hegemônicos, na instância discursiva analisada. Para Fairclough (2001) a ideologia compreende as construções da realidade, significados próprios do mundo físico, das relações sociais, das identidades sociais que guiam as práticas discursivas e contribuem para a transformação das relações. Hegemonia é a autoridade que um grupo exerce sobre o outro, sendo ela presente por meio de domínio ideológico e não de força (FAIRCLOUGH, 2001).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu as orientações do Conselho Nacional de Saúde, expressas nas Resoluções 466/2012 do MS (BRASIL, 2012b) que trata de pesquisas com seres humanos e 510/2016 do MS (BRASIL, 2016) que reconhece as especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais.

O projeto foi avaliado e aprovado pela câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CEP) sob o parecer consubstanciado 4.864.748.

Em cumprimento às resoluções citadas acima, todos os participantes da pesquisa assinaram o TCLE em duas vias, quando concordaram em participar da pesquisa como informantes. Todas as dúvidas foram esclarecidas e garantidas a confidencialidade e privacidade no estudo. Além disso, os participantes estão cientes de que possuem o direito, a qualquer momento, de manifestarem livremente o interesse em participar ou não de qualquer etapa do estudo, sem nenhum tipo de prejuízo.

Os dados coletados serão mantidos em anonimato e arquivados em local seguro sob a responsabilidade da pesquisadora, durante cinco anos. Após esse período as informações serão incineradas e excluídas definitivamente dos meios digitais. Declara-se que as informações obtidas foram utilizadas exclusivamente para fins científicos.

Quanto aos benefícios, espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para minimizar os obstáculos que dificultam a manutenção de modelos inovadores de gestão hospitalar; produzir evidências científicas que possam subsidiar o avanço do planejamento e implementação de práticas colaborativas que favoreçam a atenção ao paciente; fomentar programas formativos para apreensão de conhecimentos e habilidades próprias da gestão e promover momentos de reflexão dos participantes da pesquisa sobre a temática do estudo, por meio da entrevista semi-estruturada.

Sobre os riscos desta pesquisa, eles estão relacionados à existência de um possível desconforto de responder a questões da temática do estudo, ainda que seja um compromisso manter o sigilo e a confidencialidade das informações emitidas pelos participantes. Os participantes foram orientados pela pesquisadora que na presença de qualquer desconforto ao longo da entrevista, comunicassem para que a mesma fosse imediatamente interrompida.

A coleta de dados só teve início após o parecer favorável do Departamento de Enfermagem Aplicada, do CEP da UFMG e após o aceite da instituição, por meio da emissão do parecer do NEPE.

Os dados das entrevistas foram processados conforme o objetivo previsto na pesquisa e a discussão com a literatura existente.

O recurso financeiro destinado a essa pesquisa foi de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Após a defesa da dissertação os resultados obtidos com a pesquisa serão comunicados aos diretores e coordenadores que atuam no cenário de pesquisa com o intuito de contribuir na produção de conhecimentos sobre o modelo de gestão prescrito e praticado e sua colaboração para melhoria dos processos de trabalho assistenciais, gerenciais e educativos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse tópico, são discutidos os resultados da pesquisa à luz da ADC de Fairclough, por meio da triangulação de dados indicada por Yin nos estudos de caso, representada aqui pela análise documental e das entrevistas.

Para a etapa da análise documental, foram consultados seis documentos institucionais: Manual de Conduta e Ética, Planejamento Estratégico 2016-2020, Planejamento Estratégico 2018-2020, Cartilha de Gestão de Pessoas por Competências, *Site* do Hospital e Regimento Interno.

Sobre a etapa das entrevistas, dentre os participantes, dez são do sexo feminino, sendo que cinco são médicos, três enfermeiros e os demais das categorias da área de saúde ou educação. De acordo com a estrutura organizacional vigente, oito coordenadores entrevistados são da área assistencial e quatro da área administrativa.

O entrevistado com maior tempo de experiência tem 20 anos de atividade e com menor tempo tem dois anos e dez meses de exercício. A média de tempo de experiência como coordenador entre os entrevistados é de dez anos.

Oito dos 12 entrevistados possui mais de dez anos de trabalho no Hospital, sendo que três já completaram 15 anos que compõem o quadro institucional. A média de tempo na instituição totaliza 9,8 anos.

O maior registro de tempo entre os participantes é de 14 anos. A média de tempo na função de coordenador é de 5,9 anos.

As categorias a serem apresentadas e discutidas neste tópico são:

- O prescrito sobre o modelo de gestão do HRTN: análise documental com as subcategorias: Definição de modelo de gestão no HRTN e Estratégias para colocar em prática o modelo de gestão do HRTN
- O real: modelo de gestão do HRTN no discurso dos participantes;
- Aprimoramento dos instrumentos de gestão e as implicações para o modelo de gestão do HRTN;
- Facilitadores e dificultadores do modelo de gestão do HRTN: discurso e mudança social.

5.1 O PRESCRITO SOBRE O MODELO DE GESTÃO DO HRTN: ANÁLISE DOCUMENTAL

O Manual de Conduta e Ética foi elaborado pelos Diretores Geral, Administrativo-Financeiro e Técnico Assistencial, Diretor e Vice-Diretor Clínico e Coordenador do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão e publicado em 2021 a partir de uma consulta interna em duas etapas, primeiro aos líderes e em seguida aos trabalhadores. Conforme descrito no manual, o objetivo deste documento é incentivar a adoção da conduta ética, transparente e respeitosa em todas as relações estabelecidas, independente da ocupação que exerça no HRTN (MANUAL DE CONDUTA E ÉTICA, 2021).

Para a elaboração do Planejamento Estratégico 2016-2020 e atualização do mesmo, originando o documento referente a 2018-2022 foram realizadas oficinas com a participação dos Diretores e lideranças. Segundo descrito no *Site* do HRTN, o Planejamento Estratégico é a referência para os trabalhadores e coordenadores orientarem suas ações, compromissos e metas (SITE HRTN, 2022).

No Manual de Conduta e Ética, no Planejamento Estratégico 2018-2022 e no *Site* do HRTN foi possível consultar a atual missão, visão e valores da instituição. Entre os elementos da identidade organizacional se encontra no tópico valores, a gestão ética e transparente enquanto uma filosofia.

A Cartilha de Gestão de Pessoas por Competências foi idealizada pela Gerência de Gestão de Pessoas, revisada pela Assessoria de Comunicação, aprovada pelos Diretores e divulgada aos gestores em 2020, com o objetivo de apresentar o projeto Gestão de Pessoas por Competências, as etapas de implementação deste modelo, além de conceitos importantes, como o de competências que passará a fazer parte do cotidiano de trabalho (CARTILHA DE GESTÃO DE PESSOAS POR COMPETÊNCIAS, 2020).

O novo *Site* do Hospital foi idealizado pela Assessoria de Comunicação, com apoio da Assessoria de Diretoria, aprovado pelos Diretores e divulgado ao público interno e externo em 2020. Segundo descrito no Planejamento Estratégico 2018-2022, mais especificamente no objetivo estratégico sete, referente à comunicação, o objetivo do *Site* é se constituir um canal de comunicação interno e externo eficiente e transparente, com vistas a contribuir com a construção da imagem e reputação do HRTN no cenário da saúde (PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2018-2022, 2022).

O Regimento Interno foi publicado em 2016, com o objetivo de “...definir o modelo assistencial, de gestão, ensino e pesquisa, bem como a estruturação dos serviços para

funcionamento pleno do Hospital Risoleta Tolentino Neves...” (REGIMENTO INTERNO HRTN, 2016). Nele não é mencionada a autoria do documento. Contém a assinatura das Diretorias Geral, Administrativa e Técnico Assistencial em exercício à época.

A escolha desses documentos foi norteada pela busca de palavras como *coordenador*, *coordenação*, *líder*, *gestor*, *modelo*, *gestão* em consonância com o objetivo da pesquisa: analisar a configuração do modelo de gestão do HRTN na perspectiva dos coordenadores.

Primeiramente, procedeu-se a leitura livre dos documentos selecionados. Em seguida, realizou-se a leitura crítica, destacando as informações relacionadas ao objeto de estudo, o modelo de gestão. Por fim, analisou-se as informações destacadas de modo a codificá-las por trechos, correlacionando-os a cada documento.

Após a codificação, foi realizada a aproximação desses trechos por similaridade e identificadas duas subcategorias de análise documental: definição de modelo de gestão no HRTN e estratégias para colocar em prática o modelo de gestão do HRTN.

5.1.1 Definição de modelo de gestão no HRTN

De acordo com a análise realizada, o modelo de gestão do HRTN é descrito e definido como participativo. Tal evidência se comprova nos documentos analisados pelo emprego das palavras e suas variações *participar*, *articular*, *conjuntamente*, *colegiado* e da expressão *em conjunto*. Estes termos possuem semelhanças entre si, a partir de seus significados e refletem a maneira como a Instituição espera que sejam praticados os processos de gestão.

A tabela 2 apresenta a frequência de aparecimento das palavras e expressão que caracterizam o modelo de gestão do hospital.

Tabela 2: Frequência de aparecimento/repetição de palavras e suas variações por tipo de documento

Palavras ou expressão	Frequência de aparecimento/repetição	Tipo de documento
Conjuntamente	18 vezes	Regimento Interno
Participar	18 vezes	Regimento Interno
Articular	11 vezes	Regimento Interno
Colegiado	11 vezes	Regimento Interno (5 vezes) Site do HRTN (4 vezes)
Em conjunto	7 vezes	Planejamento Estratégico 2018-2022 (2 vezes) Regimento Interno

Fonte: documentos analisados na pesquisa. Elaborado pela pesquisadora.

A adoção dessas palavras ou expressão se dão em contextos diferentes. *Conjuntamente*, *participar* e *articular* e suas variações são empregadas no Regimento Interno para descrever as atribuições ou expectativas do HRTN em relação aos coordenadores quanto ao modelo de gestão.

“Elaborar e analisar conjuntamente com as equipes assistenciais a definição, implantação e acompanhamento dos indicadores gerais e específicos de avaliação da assistência prestada” (REGIMENTO INTERNO HRTN, 2016).

“Participar da padronização e processos de compra e avaliação de equipamentos, materiais médico hospitalares e medicamentos” (REGIMENTO INTERNO HRTN, 2016).

“Desenvolver os dispositivos gerenciais e técnicos para promover uma resolutive articulação entre os diversos setores do hospital” (REGIMENTO INTERNO HRTN, 2016).

Quando a palavra *colegiada* é descrita no Regimento Interno ela se refere aos espaços colegiados, ou seja, compostos por diferentes representantes do conjunto dos trabalhadores do HRTN. No *Site* do HRTN e no Planejamento Estratégico 2018-2022 o vocábulo *colegiado* se refere a formação e implementação dos colegiados gestores nas linhas de cuidado e serviços do HRTN.

“Participar de reuniões, comissões e similares, representando a equipe nos espaços colegiados” (REGIMENTO INTERNO HRTN, 2016).

“A estruturação dos colegiados nas diversas linhas de cuidado e serviços/unidades do Hospital está ainda em processo inicial...” (SITE HRTN, 2022).

“Implantar os colegiados gestores em todas as Linhas de Cuidado e setores estratégicos” (PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2018-2022, 2022).

Por fim, a expressão *em conjunto*, retratada no Regimento Interno, diz respeito aos processos de trabalho que devem ser conduzidos de forma compartilhada entre pessoas/setores.

“Supervisionar o desempenho dos profissionais de sua área atuando em conjunto com o setor de recursos humanos...” (REGIMENTO INTERNO HRTN, 2016).

“Atuar sob a coordenação da linha de cuidado e em conjunto com a coordenação do Pronto Socorro de acordo com os princípios e diretrizes dessas instâncias” (REGIMENTO INTERNO HRTN, 2016).

Ainda em relação a definição do modelo de gestão, foi possível constatar por meio da análise documental, que apenas dois documentos, o Regimento Interno e o *Site*, dos seis consultados, definem o modelo de gestão do HRTN.

O Regimento Interno traz “... as atividades do hospital integrar-se-ão administrativamente, sob direção geral única, adotando modelo descentralizado de gestão...” (REGIMENTO INTERNO HRTN, 2016).

O *Site* indica:

“... o Risoleta vem trabalhando para consolidar um modelo de gestão participativa, cujo principal objetivo é o de promover um processo de democratização institucional, incorporando o conjunto dos atores (trabalhadores e usuários) na gestão e nos processos decisórios da Instituição” (SITE HRTN, 2022).

O *Site*, além de trazer a definição de modelo de gestão participativa, menciona que a instituição “vem trabalhando” para constituir este tipo de modelo de gestão. A expressão “vem trabalhando”, exprime a ideia de que este processo está em andamento, portanto ainda não instituído por completo na prática.

5.1.2 Estratégias para colocar em prática o modelo de gestão do HRTN

Para alcançar o objetivo de constituir o modelo de gestão participativa, são listadas estratégias a saber: Colegiado Gestor; Ouvidoria; Conselho Local de Saúde.

Na aba do *Site* intitulada Gestão Participativa é possível encontrar o conceito de colegiado gestor que diz: “os colegiados gestores são instâncias coletivas de gestão que visam à inclusão da base da organização, ou seja, seus profissionais, nas decisões relativas ao funcionamento organizacional” (SITE HRTN, 2022).

De acordo com Cecílio (2010), a implantação de colegiados gestores é uma forma de superar os modelos de gestão hegemônicos. Para Campos (2007), o colegiado gestor tem três funções: planejar o processo de trabalho, modificar as relações de poder por meio da cogestão e influir sobre a constituição dos sujeitos.

Trata-se de espaços coletivos formado por gestores e trabalhadores de saúde, para discussão e tomada de decisões de maneira deliberativa e corresponsável no cotidiano, a partir de diretrizes definidas pelos sujeitos envolvidos (CECÍLIO, 2010).

Ainda segundo informações do Site, o principal objetivo da Ouvidoria é “...garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos, atuando assim como um instrumento de apoio à gestão e fortalecimento do Controle Social” (SITE HRTN, 2022). Segundo Caliari; Ricardi; Moreira (2022) esse desenho institucional compreende que as demandas e necessidades expressas pelos cidadãos às ouvidorias têm potencial para ser fonte direta de informações à esfera de gestão responsável.

Já o Conselho Local de Saúde é definido no *Site* como “a participação das pessoas (usuários, trabalhadores da área da saúde, gestores e prestadores de serviços) na gestão, na fiscalização, no monitoramento e controle das ações do Poder Público” (SITE HRTN, 2022). Para Bispo Júnior e Martins (2012), a atuação efetiva do conselho se configura elemento essencial para a comunidade a fim de atuar na defesa dos interesses em relação à política de saúde, de forma democrática e capaz de gerar transformações nos modos de viver da coletividade.

O projeto Gestão de Pessoas por Competências, uma das ações do Planejamento Estratégico 2018-2022 também se configura um dos objetivos para se constituir o modelo de gestão participativa no HRTN. Tal afirmativa pode ser feita a partir da cartilha analisada que descreve no item Palavra da Diretoria “...estamos iniciando o caminho para aprimorar nosso modelo de gestão e desenvolvimento de trabalhadores e teremos muito trabalho pela frente...”. Ao empregar a frase anterior, expressa-se que a adoção do modelo de Gestão de Pessoas por Competência possui alguma relação com a consolidação do modelo de gestão participativa, pois por meio da Gestão de Pessoas por Competências, a instituição pretende buscar o desenvolvimento das pessoas para que trabalhadores e gestores conheçam de forma clara e transparente o que se espera deles enquanto profissionais do HRTN (CARTILHA DE GESTÃO DE PESSOAS POR COMPETÊNCIAS, 2020).

Conforme já mencionado, segundo descrito no *Site* do HRTN, o Planejamento Estratégico é a referência para os trabalhadores e coordenadores orientarem suas ações, compromissos e metas (SITE HRTN, 2022). Diante do exposto, o Planejamento Estratégico

2018-2022 também prevê estratégias para colocar em prática o modelo de gestão participativa, por meio de ações a saber: institucionalizar um modelo de gestão democrática; institucionalizar canais de escuta eficientes e transparentes; estruturar a gestão com competências e alçadas; definir o funcionamento dos Colegiados Gestores e início da implantação; aplicar e analisar periodicamente a pesquisa de clima institucional e promover o desenvolvimento das lideranças para o aprimoramento da gestão institucional.

Segundo Vilasbôas e Paim (2008) o planejamento estratégico é uma ferramenta de gestão que tem como propósito a conversão de um objeto em um produto, vinculado a uma dada finalidade. Para isso, ambos autores mencionam que esse movimento dispense trabalho humano, de forma a contribuir para a organização e manutenção das práticas de saúde ou até mesmo a sua transformação.

Para que o planejamento estratégico se constitua em uma ferramenta de gestão democrática é necessária a participação dos diversos atores (ANUNCIACÃO e SOUZA, 2011). Desta forma, faz-se necessárias novas formas de gestão que acompanhe as mudanças internas e externas ao setor saúde, sendo o planejamento estratégico participativo um dos caminhos para a gestão descentralizada, tomada de decisões e resolução de problemas (QUEIRÓS et al., 2010).

Das estratégias para constituir o modelo de gestão participativa, foi mencionado no Planejamento Estratégico 2018-2022, além das ações para democratização da gestão, a pesquisa de clima e o desenvolvimento das lideranças.

De acordo com Monteiro (2018), a pesquisa de clima é uma metodologia de aferição da cultura organizacional. Ainda segundo este autor, trata-se de um instrumento potente para a gestão, pois revela, naquele determinado tempo, como os processos institucionais impactam as pessoas, o ambiente e o negócio. Vale ressaltar que a pesquisa de clima é um dos meios para identificar ações capazes de melhorar o clima e, com isso, melhorar o desempenho organizacional por meio do engajamento dos profissionais (MONTEIRO, 2018).

Para Andrade (2021), o trabalho do gestor vai além do que consta no seu descritivo de atividades, envolve a aquisição de conhecimento técnico, compromisso político, condições laborativas e vivências práticas e sociais deste sujeito. Portanto, para o fortalecimento da gestão, é importante que a instituição invista na formação dos seus gestores, pois estes sujeitos têm papel fundamental para a consecução das metas e objetivos da empresa.

O fato do Manual de Conduta e Ética, publicado em 2021, ter sido aprovado por meio de consulta interna aos líderes e trabalhadores vai ao encontro do que está descrito no Regimento Interno publicado em 2016, que diz sobre do modelo descentralizado de gestão. Entretanto, não há evidências da participação dos trabalhadores na elaboração do planejamento

estratégico em 2016 e nem da revisão do mesmo em 2018. Ademais, não há eminência da contribuição dos trabalhadores na construção do Regimento Interno.

Apesar de estar descrito no *Site* a seguinte afirmativa “Na área de saúde, é fundamental a adesão e o envolvimento do conjunto dos profissionais para o sucesso de qualquer projeto...”, há um distanciamento entre a teoria e a prática, levando em consideração as circunstâncias mencionadas no parágrafo anterior.

Desde 2016, à construção do Regimento Interno, é expresso pela instituição a necessidade de desenvolvimento dos gestores. Esta afirmativa pode ser confirmada com o trecho “Assessorar no desenvolvimento e acompanhamento das lideranças, articulando com os coordenadores assistenciais e administrativos...” (REGIMENTO INTERNO HRTN, 2016). Depois de dois anos, na revisão dos objetivos estratégicos que originou o documento referente ao Planejamento Estratégico 2018-2022, esta demanda permanece como uma lacuna, se tornando uma das ações estruturantes do planejamento, intitulada “Desenvolver, formar e acompanhar as lideranças como estratégia para o aprimoramento da gestão institucional” (PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2018-2022, 2022).

O Regimento Interno também traz em seu conteúdo, como uma atribuição dos gestores, a supervisão do desempenho dos profissionais da área a qual atua. “Supervisionar o desempenho dos profissionais de sua área atuando em conjunto com o setor de recursos humanos para o acompanhamento e desenvolvimento dos profissionais”. Somente em 2020, após quatro anos, a instituição iniciou o processo de padronização das práticas de gestão de pessoas, incluindo a realização da avaliação de desempenho, por meio da Gestão por Competências, como uma das formas de acompanhamento do desenvolvimento dos trabalhadores.

Diversas são as estratégias apresentadas para alcançar o modelo de gestão participativa, entretanto ao analisar os documentos, foi possível encontrar dicotomias que dificultaram o avançar das práticas que promovem a descentralização da gestão.

5.2 O REAL: MODELO DE GESTÃO DO HRTN NO DISCURSO DOS PARTICIPANTES

Nas entrevistas, é possível perceber que sete de 12 participantes identificam “a instituição” como ator social do modelo de gestão. Dentre os outros cinco participantes, dois nomeiam “Risoleta” como ator social do modelo de gestão, um refere “o hospital” e dois não determinam quem é o ator social do modelo de gestão.

Entrevistado 1: *“Modelo de gestão deve ser a forma como uma instituição trabalha, do ponto de vista hierárquico e integrativo pra resolutividade dos problemas e qualificação das pessoas.”*

Entrevistado 2: *“Modelo de gestão é [...] assim [...] normalmente, a instituição é que vai propor isso, né? [hesitação]”*

Entrevistado 4: *“O modelo de gestão seria um [...], um jeito escolhido pela instituição para gerir.”*

A representação de atores sociais se constitui uma categoria de análise textual relevante para o desvelamento de ideologias em textos e interações e está diretamente relacionada ao significado representacional e a discursos particulares (RAMALHO e RESENDE, 2011).

A forma como os atores sociais são representados nos textos pode indicar o posicionamento ideológico em relação a eles e suas atividades, sendo estes ofuscados ou enfatizados, representados por suas atividades ou enunciados ou ainda referidos de modos que pressupõe julgamentos acerca do que são ou do que fazem (RAMALHO e RESENDE, 2006).

A análise dos discursos indica que “a instituição”, enquanto organização, é enfatizada a posicionar-se em relação ao modelo de gestão a ser adotado. Entretanto, sabe-se que o cotidiano do hospital se encontra atravessado por regras formais e informais que podem influenciar e modificar os projetos estabelecidos pela direção (CECÍLIO e MENDES, 2004).

O trabalho em saúde é primordialmente pautado pela inter-relação entre os sujeitos (MERHY, 2002). Ademais, Cecílio (1999) destaca a complexidade da atuação em ambiente hospitalar, espaço habitado por múltiplos atores, atravessado por múltiplas racionalidades, interesses, coalizões, disputas, controles de poderes/saberes. Portanto, o estabelecimento do modelo de gestão, independente do nome ou de qual será adotado, implicará diretamente nas pessoas e nos processos institucionais.

Levando em consideração o exposto e apesar dos desafios para sustentar propostas alternativas de gestão, ou seja, com práticas mais dialógicas e democráticas, estas recebem destaque na literatura como uma forma de enfrentar os problemas interpessoais, a deficiência na comunicação e a definição pouco precisa dos processos de trabalho no cotidiano das instituições hospitalares (FARIAS e ARAÚJO, 2017).

Dois entrevistados nomeiam “Risoleta” como ator social do modelo de gestão. Do ponto de vista da Análise do Discurso Crítica (ADC) a opção pela representação por nomeação, ou

seja, quando nomes próprios são citados, significa uma valorização do autor nomeado (RAMALHO e RESENDE, 2006).

Entrevistado 5: *“O Risoleta em si tem uma gestão, eu acho [hesitação], muito participativa, ela envolve muito as áreas, as coordenações, até mesmo os trabalhadores. Eu acho [hesitação] que o hospital tenta fazer uma gestão quase maternal [risos]. Isso, óbvio, tem um lado positivo e tem um lado negativo. Eu acho [hesitação] que em algumas coisas a gente não deveria tanto acessar os trabalhadores e as áreas para fazer essa troca.”*

Entrevistado 8: *“Eu entendo o modelo de gestão do Risoleta de uma forma ainda conservadora; que ainda não faz uma análise madura e consistente de indicadores; e que tem, no cotidiano, uma atuação ainda paternalista e hierarquizada.”*

Chama atenção o antagonismo de percepções dos entrevistados com relação a caracterização do modelo de gestão ao se referir ao HRTN como ator social. Essa constatação é identificada por meio dos adjetivos atribuídos ao modelo de gestão ora participativa ora como maternal, conservador, paternalista e hierarquizado. Os dissensos das falas representam posições díspares dos atores organizacionais no espaço social, o hospital, bem como sua experiência neste universo (BERNARDES et al., 2007).

Na fala do entrevistado 6 é possível inferir a existência de “modelos de gestão” que ele/ela refere diferenciar de outros.

Entrevistado 6: *“...eu vejo que tem uma diferença entre esses modelos de gestão aqui dentro, tanto no sentido de cobrança de entrega de resultado, quanto de visibilidade”*.

Nota-se nos discursos dos entrevistados 10 e 12 a dificuldade de dizer da existência de um modelo de gestão, o que pode ser associado por essa prática ainda não ser claramente implantada para os coordenadores.

Entrevistado 10: *“Eu entendo que existe um modelo, uma forma de fazer, mas talvez não esteja totalmente maduro ou implantado. Quando eu digo maduro, é nesse sentido, a roda não flui redondinha, ainda está precisando azeitar.”*

Entrevistado 12: *“Eu não acho que tenha um modelo bem definido. Tem horas em que a gente ainda fica um pouco sem saber ao certo esse modelo que está vigente.”*

Influenciada pelas obras de Cecílio, cito Sahlins (2004) quando afirma que as diferenças de percepções e significados expressam os valores e interesses posicionais dos falantes em uma certa ordem sociopolítica.

As escolhas lexicais, ou seja, a escolha das palavras para explicar o que é modelo de gestão no discurso dos entrevistados, também revelam a forma como eles compreendem o seu significado.

Entrevistado 6: *“Eu entendo que seja uma forma, alguma metodologia, para que as pessoas que exerçam cargos de liderança possam executar as suas atividades no ambiente onde ela está inserida...”*

Entrevistado 9: *“É difícil explicar. Modelo de gestão é como se fosse o fluxograma do que a gente tem que fazer, quais são as atribuições de cada gestor e as atividades que ele tem que desempenhar.”*

Entrevistado 10: *“Modelo de gestão é a forma - pode lançar mão de instrumentos, de métodos - pela qual uma instituição é gerida, é administrada, considerando metodologias disponíveis, instrumentos, que possam facilitar essa gestão.”*

Entrevistado 12: *“É a forma como se organiza um sistema, a instituição, tanto do ponto de vista do foco principal, que é a assistência, quanto do ponto de vista dos trabalhadores...”*

As palavras “forma”, “metodologia”, “fluxograma”, “instrumentos”, “métodos” trazem a compreensão de modelo de gestão pela maioria dos participantes da pesquisa, fundamentada em uma ótica procedimental das práticas de gestão a partir da adoção de uma “caixa de ferramentas” (MERHY, 1999), entendida como o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde, neste caso originária das propostas de gestão da qualidade e do

aprimoramento das práticas para apoiar o processo gerencial, com a intenção de operar produtivamente sobre recursos na realização de finalidades pré estabelecidas (CECÍLIO, 1999).

Cecílio e Merhy (2003) defendem que o desafio posto nas instituições hospitalares, mais especificamente o aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipes, tema importante da gestão neste cenário, é maior do que somente agregar numa somatória de ações específicas do trabalho de cada profissional. É especialmente pensar e discutir a forma de operacionalização da gestão do cotidiano, considerando a micropolítica do trabalho, de maneira que resultem em uma atuação mais solidária e concentrada de um grande número de trabalhadores que estão envolvidos no cuidado.

Não obstante, deve-se considerar desafiadora a prática de envolver coletivos em processos de mudança, uma vez que, os trabalhadores, apesar da possibilidade de se reconhecerem como protagonistas dessas transformações cotidianas, a cultura vigente na instituição, associada às dificuldades inerentes ao cenário complexo dos hospitais, cria resistências e reforça posicionamentos conflituosos (MEDEIROS, 2018).

Sintetizando, há um despreparo dos atores sociais, principalmente da micropolítica, em reconhecerem propostas descentralizadoras, a exemplo dos colegiados gestores, como práticas inovadoras de gestão, uma vez que ao longo do tempo estes espaços se tornam burocratizados, marcado pelas relações de poder entre categorias profissionais e com pouca autonomia decisória. Portanto constata-se que o conhecimento dos modelos alternativos de gestão, está concentrado na alta gestão e seus pressupostos pouco difundidos entre os demais atores sociais (BERNARDES et al., 2007; SERAPIONI e ROMANÍ, 2006; CECÍLIO e MENDES, 2004).

O mesmo achado foi evidenciado neste estudo de caso, por meio do discurso do

Entrevistado 9:

“...o modelo de gestão é importante, mas ele depende da participação da pessoa no colegiado. A gente tem que procurar uma forma de fortalecer, mas não sei como a gente pode fazer isso, se através de premiação (uma folga, um descanso, um bônus), porque quando tem um retorno pessoal, as pessoas participam mais das coisas... Geralmente são poucas pessoas que vão às reuniões e, geralmente, as pessoas que vão a todas as reuniões são pessoas que estão aliadas à diretoria, a algum cargo de gestão, porque têm que ir, é obrigatório eles irem, e muitas vezes o trabalhador, que não tem esse bônus, que tem que largar o trabalho para participar, não vai e não fica uma

decisão colegiada no final. O modelo é colegiado, mas a decisão não é colegiada.”.

Esse cenário demonstra que algumas mudanças realizadas no modo de fazer gestão pelas organizações nem sempre, de fato, funcionam no cotidiano (FERREIRA, TELES e COELHO, 2018), reafirmando o pressuposto dessa dissertação de que existe um distanciamento entre o que é dito e praticado.

Faz-se necessário dar luz a parte do discurso do entrevistado 9, quando ele/ela diz “*o modelo é colegiado, mas a decisão não é colegiada*”. A forma de expressão do/da coordenador (a) resume em poucas palavras a dicotomia existente quanto ao modelo de gestão do hospital.

Percebe-se que o processo decisório de maneira colegiada se configura o nó crítico da gestão democrática que se quer alcançar na instituição. Existe um distanciamento entre as ideias e a expressão concreta da gestão participativa presente nos documentos e nas falas de alguns participantes, revelando que essa forma de fazer gestão não está articulada o suficiente para romper com a forte resistência a relativização do poder ou até mesmo com a acomodação dos trabalhadores em ter alguém que tome decisões sem cobrar-lhes a responsabilização e a participação.

A incorporação de modelos de gestão horizontalizados, sem alta concentração de poder e centrados no protagonismo e autonomia de todos os atores envolvidos no processo de trabalho advém também da institucionalização do SUS, que impôs o desafio da incorporação de um modelo de gestão hospitalar eficiente e adequado aos seus princípios e diretrizes, considerando a importância da cooperação entre os segmentos do hospital e da rede de apoio a saúde (CECÍLIO e MENDES, 2004). Essa conjuntura demanda uma maior mobilização dos coletivos – profissionais de saúde, gestores e usuários – para a construção de um projeto de qualificação da assistência que detenha baixo custo e alta produtividade (FERREIRA, TELES e COELHO, 2018).

Todos os atores que se colocam em cena, implicados com a produção da saúde, governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde (CECÍLIO e MERHY 2003), portanto mudar os atos da gestão exige investimento nos atores sociais envolvidos no contexto, a fim de prepará-los para esse processo de forma corresponsável e contribuindo para as tomadas de decisões, conforme apresentado na fala do

Entrevistado 1:

“Eu acho [hesitação] que a gestão tá melhor, assim. Precisa de uma maior integração e precisa que todos nós, não só, gestores gerentes,

gestores coordenadores, gestores funcionários, que seriam né? Todo mundo faz parte da gestão.”.

Merhy (2004) traz em seu discurso que todos os atores sociais fazem gestão, no qual o cuidar é “alma” do agir coletivo em saúde. Portanto, compreender as múltiplas facetas que envolvem o trabalho em saúde exige o estar com o estar próximo dos trabalhadores frente aos processos de trabalho que vivenciam no dia a dia, de maneira que gestores e equipes possam discutir as experiências e dificuldades, visando estabelecer uma rede de informação colaborativa e de negociação entre ambos em prol da atenção centrada nos usuários (MEDEIROS, 2018).

Nesta linha de pensamento, o **Entrevistado 6** diz:

“Eu acho [hesitação] que cada vez mais existe uma preocupação da empresa em ouvir a gente para fazer com que a nossa participação também esteja no processo de decisão de algumas situações. Eu vejo que são mais reuniões ampliadas, mais movimentos entre setores que antigamente conversavam pouco. Então eu vejo que tem uma preocupação da alta gestão em cercar mais os problemas, as fragilidades, colocando um setor em contato com o outro.”.

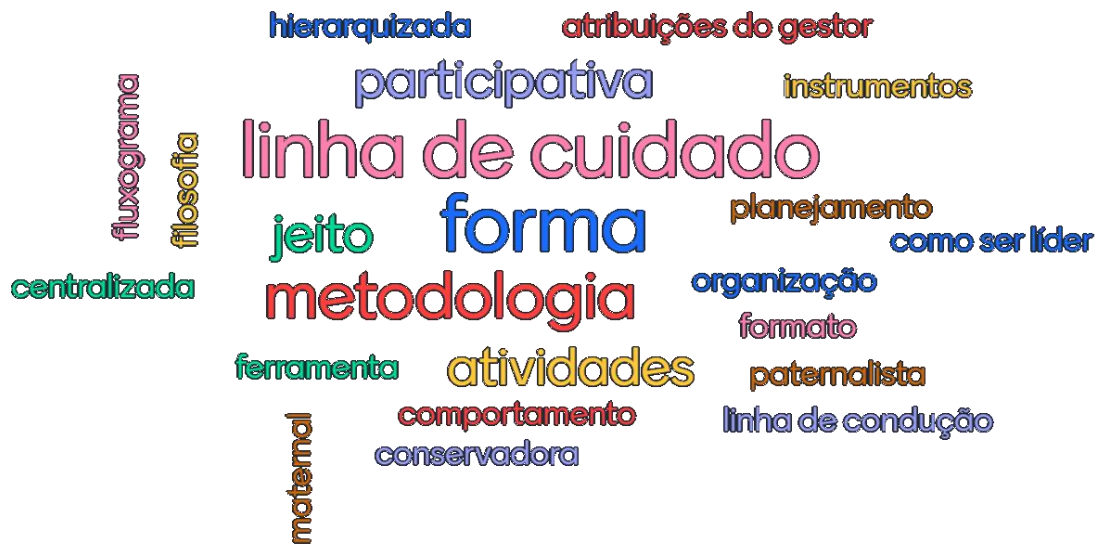
Em contrapartida o **Entrevistado 11** fala:

“Muitas vezes eu participo, mas algumas vezes eu não participo [retratação], às vezes é definido junto com a gerência. A gerência participa, é definido, uma vez definido, ela desce para a coordenação. Eu acho [hesitação] que tem coisa que a coordenação deveria participar, porque a coordenação está próxima aqui...”.

Fazendo uma comparação entre os discursos dos entrevistados 6 e 11 é possível verificar distorções na forma de representar o modelo de gestão.

Na nuvem de palavras a seguir é possível identificar a recorrência de termos utilizados para caracterizar modelo de gestão.

Figura 2 – Nuvem de palavras sobre definição de modelo de gestão na perspectiva dos coordenadores do HRTN



Fonte: entrevistas realizadas. Elaborado no Mentimeter.

Os termos que mais apareceram foram “forma” e “linha de cuidado”, quatro vezes cada, “metodologia”, três vezes e “atividades”, “jeito” e “participativa”, duas vezes cada. As demais expressões ou palavras apareceram apenas uma única vez cada.

Observa-se o emprego da expressão “linha de cuidado” para se referir a modelo de gestão:

Entrevistado 7: “Aqui no Risoleta, a gente trabalha com o modelo de gestão da linha de cuidado. ”.

Entrevistado 10: “A gente ainda percebe vários processos, vários procedimentos que ainda fogem de uma proposta do modelo de gestão proposto. Eu acho [hesitação] que tenta ser feito, por exemplo, por linhas de cuidado, a gente tem isso, mas a gente percebe que esse modelo ainda não está completamente implantado. ”.

A terminologia linha de cuidado está relacionada a caracterização de um tipo de modelo assistencial. O surgimento das linhas de cuidado tem a finalidade de resgatar a discussão da integralidade na atenção aos usuários, por meio da revisão dos fluxos e processos de produção do cuidado em rede, desde a atenção básica (porta de entrada preferencial e ordenadora do

cuidado na RAS) até outros dispositivos da Rede de Atenção à Saúde (FRANCO e JÚNIOR, 2004).

A integralidade da atenção se constitui tema relevante para a gestão hospitalar, pois há um predomínio da utilização das tecnologias duras às tecnologias leve-duras e leves na produção do cuidado, se distanciando da premissa de que o trabalho em saúde é sempre relacional, uma vez que depende do que Merhy chama de *trabalho vivo em ato*, isto é, do trabalho no momento em que este está sendo produzido (MERHY e FRANCO, 2003).

É importante considerar que, na saúde em especial no âmbito hospitalar ainda prevalece um trabalho compartimentalizado, centrado nas necessidades e não na lógica da completude do sujeito que possui subjetividades e uma história de vida que influencia em seu processo de saúde e doença (FRANCO e JÚNIOR, 2004). Por isso, instituir outras lógicas de organização do modelo assistencial, como o da linha de cuidado que coloca o usuário no centro de todos os processos, na cadeia produtiva do cuidado, com um saber-fazer cada vez mais múltiplo (FRANCO e JÚNIOR, 2004) é urgente.

Para que essa lógica opere nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde, é necessário que todos os atores que gerenciam serviços e recursos assistenciais pactuem e contratualizem (em maior ou menor grau de tensão) seus atos em prol da integralidade do cuidado, pois a definição dos fluxos entre unidades produtivas em diversos níveis de atenção depende fundamentalmente, do esforço e vontade política em integrar estes serviços (MERHY e FRANCO 2003).

Trazendo essa realidade para mais perto do cenário da pesquisa, a integralidade da atenção hospitalar pode ser problematizada a partir de duas faces: a produção do cuidado no ambiente hospitalar em si e o hospital como parte de um sistema de saúde (CECÍLIO e MERHY, 2003).

A partir do exposto, a ideia de linha de cuidado ultrapassa muros pré-estabelecidos. Para garantir a integralidade é necessário que o usuário transite entre as linhas de cuidado no serviço e para fora dele, garantindo o que é chamado de referenciamento e contra-referenciamento, que nem sempre funcionam como esperado. Ou seja, as linhas de cuidado não operam por meio de especialidades médicas e sim pelo acesso do usuário aos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde, sendo o hospital um deles. Percebe-se, na maioria das vezes, uma integralidade nomeada por Cecílio (2001) de *focalizada*, em que os atores sociais se mobilizam de maneira articulada para acolher as necessidades e atender da melhor forma possível o usuário.

Há que se considerar que os serviços de urgência e emergência, assim como o HRTN, com funcionamento porta aberta e 24 horas/dia são importantes dispositivos de acesso a

população aos serviços do SUS, apesar de não ser o fluxo de entrada ao sistema de saúde mais desejável, revelando a ingerência das demandas espontâneas e, por conseguinte uma tarefa desgastante e de resultados duvidosos (CECÍLIO e MERHY, 2003).

Para superar esses desafios, o HRTN tem buscado práticas que auxiliem na diminuição dos impactos da superlotação do hospital, concentrando seu fazer às demandas de alta complexidade, características da sua essência. Alguns exemplos são: adoção do planejamento de alta para pacientes em uso de ostomias e dispositivos artificiais para alimentação; acompanhamento após a alta em ambulatórios próprios de anticoagulação, cuidados paliativos, neurologia, entre outros; parceria com a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) para avaliação da desospitalização segura e referenciada e a incorporação da prática de atendimento *Fast Track*, adotada por meio do projeto Lean que redireciona os atendimentos de acordo com a complexidade.

Apesar dos esforços do HRTN para estabelecer articulações para continuidade do cuidado dentro e fora do hospital, existe um problema crônico não resolvido e identificado também em outros cenários: o funcionamento balizado pela queixa-conduta. Esse funcionamento balizado na queixa-conduta faz com que os usuários continuem procurando as portas dos serviços de urgência e emergência para resposta às suas demandas (CECÍLIO e MERHY, 2003).

Segundo experiências de Cecílio e Merhy (2003), ainda que seja imperativa a necessidade de “democratizar a vida do hospital” é possível verificar dificuldades na sua implementação. Portanto, aproximar as discussões da coordenação do cuidado com a sua produção na micropolítica pode ser uma saída para o horizonte da integralidade da atenção aos usuários.

A associação do modelo de gestão à linha de cuidado pode estar relacionada ao fato de que os coordenadores consideram que o estabelecimento do modelo de gestão está diretamente relacionado ao modo como se espera que os processos assistenciais ocorram, a exemplo do que traz o **Entrevistado 10** em seu discurso:

“É óbvio que o modelo de gestão vai se aplicar muito no cuidado direto ao paciente e por eu não coordenar um setor essencialmente assistencial, muitas vezes eu não vejo as ações de gestão como um todo, porque muitas delas são definidas para o atendimento ao usuário.”.

O estabelecimento de um modelo de gestão hospitalar precisa dialogar com o modelo assistencial da instituição de modo que as práticas gerenciais sejam coerentes e operem para a

consolidação do modelo assistencial. Logo são instâncias complementares e imbricadas com o compromisso da produção do cuidado e seus desdobramentos. Apesar desta relação, é importante, do ponto de vista conceitual, diferenciar o modelo de gestão do modelo assistencial.

Pela fala dos entrevistados, entende-se que há uma confusão conceitual ao explicarem o modelo de gestão apontando a definição do modelo assistencial. Tal evidência pode sinalizar que há maior investimento na construção deste último em detrimento da discussão do modelo de gestão. Ainda, pode-se inferir que a relação intrínseca da gestão participativa como parte do modelo de linha de cuidado seja predominante na visão institucional e concepção dos entrevistados de modo que eles não percebam a diferença entre um e outro.

Nas experiências de Cecílio e Merhy (2003) é possível identificar mudanças expressivas nos organogramas hospitalares, a partir do emprego da coordenação por linhas de cuidado, que resultou na construção de colegiados gestores e técnicos multiprofissionais. Entretanto, sustentar práticas colegiadas no cotidiano exigem ressignificar esse espaço para torná-lo produtivo e vivo.

Entrevistado 12: *“A gente tinha um espaço de colegiado interno, mas, com a pandemia, a gente suspendeu, mas a programação é voltar”.*

No HRTN, segundo os documentos institucionais e também presente no discurso dos participantes, a gestão é feita por uma dupla de coordenadores, sendo um enfermeiro (a) e um médico (a).

Entrevistado 4: *“No meu setor eu divido com a enfermeira né? Então a gente divide essa gestão, assim [...] todo mundo [...] nós duas [retratação] resolvemos os problemas das duas, se preciso.”.*

Pensar a gestão de um hospital envolve compreender os mecanismos de coordenação adotados para administrar o cotidiano. Existem diversos modos de coordenar, como aquele que se apoia na lógica das profissões. Neste modo, a enfermagem organiza seu mundo do trabalho e a equipe médica da mesma forma, assim como as demais categorias de acordo com as lógicas das corporações. Outra maneira de fazer gestão segue a lógica de “unidades de produção”, definidas como “áreas meio”, Laboratório, Almoxarifado, Serviço de Nutrição e Dietética. A coordenação nesse sentido está voltada para os “produtos” ou “serviços” envolvendo múltiplos tipos de trabalhadores e por sua vez distintos processos de trabalho (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Nas áreas tipicamente assistenciais não é possível identificar uma coordenação unificada, assim como se apresenta o discurso do **Entrevistado 7:**

“Mas as coisas comuns sempre se fundiram entre a dupla de coordenação [retratação]. A minha competência é da Enfermagem, mas em relação a alguma coisa que seja comum, que se insira no trabalho do médico, a gente faz uma gestão compartilhada, eu e a minha dupla de coordenador-médico.”

Apesar da gestão das unidades serem conduzida por duas pessoas, não é possível pressupor que ela seja de fato compartilhada, a partir dos discursos dos entrevistados 4 e 7. O entrevistado 4 diz que se preciso intervém na gestão da sua dupla e o entrevistado 7 diz que sua competência é da Enfermagem e que apenas no que é comum ao trabalho do médico participa. Assim, entende-se que a gestão está voltada para as categorias profissionais que compõem o maior número de trabalhadores da instituição, enfermeiros e médicos. Nessa lógica, a dupla de coordenação parece mais reforçar as relações de poder entre as categorias profissionais do que garantir a integralidade do cuidado em consonância com o modelo assistencial vigente.

Cecílio e Merhy (2003) nos convidam a refletir sobre como promover a integralidade da atenção por meio das linhas de cuidado se a gestão desses espaços é feita de forma departamentalizada. A racionalidade a ser reproduzida no cuidado ao usuário é a mesma, “nas caixinhas”. Neste raciocínio, Faria et al. (2009) apontam que a complexidade do enfrentamento dos problemas determina também uma divisão técnica do trabalho e por consequência a necessidade de um gestor preparado para a coordenação e conexão dos trabalhos parciais.

A coordenação dos hospitais é um instituído poderoso na vida das organizações, e, por meio dela, se estabelece a construção de identidades profissionais, a defesa de espaços de autogoverno e relações de dominação que escapam aos modos alternativos de gestão e segue reproduzindo-se. Da mesma forma é a produção do cuidado na micropolítica (CECÍLIO e MERHY, 2003).

Daí a importância de reconhecer a necessidade da transversalização do cuidado, também como um mecanismo de gestão, de forma a estabelecer pontes entre os saberes profissionais, principalmente quando se refere a determinação da prática médica em relação a outras práticas profissionais em uma relação de dominação. Para uma efetiva coordenação “em ato” é preciso tornar as pontes mencionadas, “livres”, “desobstruídas”, horizontais, definidas, institucionalizadas e pertencentes as regras do jogo institucional, minimizando tensões e disputas (CECÍLIO e MERHY, 2003).

Este cenário não é exclusivo do HRTN. Cecílio e Merhy (2003) apontam que um importante desafio do processo gerencial é conseguir coordenar adequadamente o conjunto

diversificado, especializado e fragmentado de atos para a produção do cuidado, de modo que estes resultem em uma atenção de qualidade. Portanto, Faria et al. (2009), afirmam que se constitui um obstáculo implantar um modelo de gestão que seja compatível com o modelo de saúde proposto e que dê mais efetividade ao sistema de saúde. Este então é um aspecto central a ser considerado na discussão da integralidade do cuidado e sua correlação com o processo de gestão.

Dessa forma, entende-se que o sistema de gestão precisa ser bem definido, organizado e conduzido pelos atores sociais através de uma política institucional, a fim de que se obtenha bons resultados relacionados a prestação do cuidado e minimização de conflitos na relação de trabalho.

5.3 APRIMORAMENTO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E AS IMPLICAÇÕES PARA O MODELO DE GESTÃO DO HRTN

Nesta categoria são discutidas as práticas institucionais para o aprimoramento da gestão. Na realidade do HRTN, é possível identificar o esforço da alta direção para superar o modelo tradicional de gestão por meio de iniciativas como: formação de colegiados, integração com o conselho de saúde, implementação de uma ouvidoria que acolha as demandas dos usuários, mas também de trabalhadores; ampliação dos canais de comunicação institucional; definição das competências organizacionais e de liderança. Entretanto, estas iniciativas ainda são incipientes o que tensiona e desafia os projetos corporativos e as concepções tradicionais.

Os investimentos realizados pelo HRTN para auxiliar os coordenadores no processo gerencial são reconhecidos e valorizados pelos participantes.

Entrevistado 6: *“Eu acho [hesitação] que o Risoleta vem acertando muito, no sentido de ser transparente e trazer informações para que a gente possa gerir pessoas, setores, cenários assistenciais. Eu acho [hesitação] que ele tem trabalhado nisso, mesmo, com investimento, comunicação, meio que subsidiando o nosso papel enquanto gestor.”.*

Entrevistado 11: *“Eu vejo melhorias nesse modelo de gestão. Hoje eu vejo uma gestão que procura desenvolver os seus colaboradores, o que está acontecendo com a gestão por competências. De um ano e meio para cá, eu aprendi coisas que em oito anos de Risoleta eu não tinha aprendido. A instituição está proporcionando que a gente se adeque*

para ter um retorno mais rápido dos nossos resultados. Hoje eu consigo medir o tempo em que aquele leito ficou parado, inclusive posso trabalhar com indicador. Hoje eu vejo que o Risoleta está dando essas condições para a gente, que antes não tinha.”.

Os participantes destacam que a instituição tem se esforçado continuamente para aprimorar as práticas de gestão, empregando, no discurso, o termo “profissionalização” ou suas variações para expressarem esse fato. De modo geral, se quer dizer que houve a substituição de práticas arcaicas por práticas mais inovadoras, dando lugar a essa “profissionalização”, com o uso das metáforas “amadora” e “doméstica”, conforme relatos a seguir.

Entrevistado 7: *“A instituição, no meu ponto de vista, se profissionalizou, porque eu acho [hesitação] que a gente fazia muita coisa amadora, muita coisa doméstica. A gestão foi mudando, a diretoria foi mudando e foram trazendo novos atores para novas construções e a gente foi se profissionalizando como uma empresa hospitalar.”.*

Entrevistado 5: *“Eu percebo que a forma de conduzir os processos vem se aperfeiçoando. Quando a gente entrou aqui, era uma coisa muito solta, tudo muito solto, tudo muito liberado, informal. Eu percebo que as pessoas que foram agregando à instituição, as novas cabeças, elas profissionalizaram mesmo o que é o hospital hoje.”.*

Entrevistado 12: *“Nesses quatro anos em que eu estou na coordenação, eu vejo que a diretoria mudou muito essa forma de gestão, eu acho [hesitação] que teve uma busca por uma profissionalização maior, apesar de eu achar que ainda tem a avançar.”.*

A profissionalização da gestão hospitalar na literatura é vista como uma maneira de manter a instituição em situação competitiva, traços provenientes das teorias clássicas da administração. Sua finalidade principal é, por meio da organização dos processos de trabalho e da capacitação dos colaboradores, obter a execução das atividades de forma a viabilizar a

eficácia do serviço prestado, a redução de custos, a otimização dos recursos e o desenvolvimento contínuo do potencial intelectual (TEIXEIRA e ABBADE, 2018).

Assim como na realidade do HRTN, a profissionalização das práticas hospitalares convive diretamente com aspectos duais. Não deve abandonar a missão da saúde e o compromisso com a superação das situações limite que envolvem a preservação da vida e tem que lidar com a racionalização de processos, uma das características da gestão (VENDEMIATTI et al., 2010).

A definição dos objetivos estratégicos do HRTN, de forma compartilhada entre os coordenadores, foi elucidada pelo entrevistado 4 como um marco da melhoria dos processos de gestão. Para delimitar esse marco, foi utilizado um sinalizador de tempo com o intuito de indicar quando isso ocorreu, por meio da expressão “*a partir dali*”.

Entrevistado 4: *“Só lembro de uma primeira reunião que a gente teve para definir objetivos estratégicos, uma reunião grande que a gente fez lá na UFMG, que eu pensei assim esse jeito [...] que juntou todo mundo, todas as coordenações, várias pessoas de vários setores [...] a gente discutiu tudo em mesas comuns [...] eu entendo que a partir dali foi tipo um upgrade, assim, no modelo de gestão, que eu acho [hesitação] que está cada vez melhorando mais.”*

Aparecem nos discursos dos entrevistados 11 e 12, expressões de temporalidade para retratar os processos de aprimoramento da gestão. Da maneira como são empregadas denotam que essas alterações são recentes, entrevistado 11 “de um ano e meio para cá”, entrevistado 12 “nesses quatro anos”. O emprego de termos no gerúndio, na fala dos entrevistados 6, 11, 7 e 5 como “acertando”, “acontecendo”, “proporcionando”, “dando”, “trazendo”, “aperfeiçoando”, “mudando”, entre outros demonstra que estas mudanças estão em curso ou que somente ocorrem no presente, com a utilização do advérbio de tempo “*hoje*”. Essa análise interna do texto possibilita explicar o significado de determinadas características gramaticais identificadas nos discursos e o sentido que exercem no contexto da prática discursiva (RAMALHO e RESENDE, 2011; SALLES e DELLAGNELO, 2019).

O aprimoramento das práticas no cotidiano não é claro para todos os entrevistados pela dificuldade de reconhecê-las como parte do modelo de gestão do HRTN.

Entrevistado 1: *“Eu não sei, não sei te falar em qual momento, mas houve uma mudança [silêncio], nesse processo aqui dentro do Risoleta que dá pra gente perceber. Tô fazendo parte de uma formação que eu*

acho [hesitação] que tá sendo ofertada aí, mas um pouco antes disso já vinha sendo mudado.”.

Entrevistado 3: *“Apesar de não existir um modo instituído entre as coordenações para dizer o que está sendo praticado, muitas das coisas que foram postas no planejamento estratégico, tem sido executadas.”.*

O entrevistado 1 afirma que houve mudança na forma de fazer gestão no HRTN, entretanto não consegue dizer qual. O emprego do advérbio “apesar” traz sentido de oposição para o discurso do entrevistado 3, percebendo que ele/ela reconhece que não há um modo instituído para informar os processos de mudança que vem ocorrendo na instituição.

O volume de experiências vivenciadas pelos gestores ao mesmo tempo e a dificuldade de assimilação das práticas de aprimoramento da gestão na rotina de trabalho parecem refletir num discurso que reconhece o novo, mas também indicam os desafios para a sua constância e capilaridade da gestão central às coordenações e das coordenações às equipes.

Entrevistado 10: *“Existem algumas coisas que às vezes, até pelo amadurecimento do modelo, eu ainda tenho dúvida, de entender questões hierárquicas, das linhas de cuidado. Por exemplo, nós tivemos algumas mudanças sobre quem seriam gerentes, quem iria fazer o quê. Tudo bem, eu entendi o que foi feito, mas qual é o objetivo disso? Às vezes fizeram uma mudança hierárquica, mas onde isso se encaixa no modelo de gestão do hospital?”.*

Entrevistado 2: *“A gente está passando por muitas mudanças, a questão da gestão por competências, a proposta dos colegiados, é tudo muito novo, mas pelo, pelo que eu vejo, assim, a proposta é boa, mas a gente ainda tem um caminho muito grande pra percorrer, porque é muito difícil mudar cultura”.*

Apesar de reconhecer a potência da proposta, o entrevistado 2 indica restrições às mudanças com o emprego da conjunção “mas”, por considerar que ainda há um caminho longo a ser percorrido. Antes mesmo do desafio de constituir um modelo de gestão participativa está o de mudar. Todo processo de mudança implicará nas pessoas e nos processos de trabalho em

saúde, de forma mais ou menos acentuada, portanto deve-se considerar os riscos de uma certa resistência ser mais forte do que o impacto positivo que o novo pode vir a ter.

Segundo Cecílio (2007) toda pretensão de se conduzir mudanças verdadeiras na forma de fazer a gestão inicia pela capacidade de aprender a interrogar o mundo do trabalho, antes de propor, a priori, conceitos e/ou modos prescritivos de se fazer a gestão.

Para que a mudança que se produzir não seja interpretada como resultado de jogos de pressão e poder, mas como um avanço possível que o momento em questão foi capaz de produzir é necessária a participação efetiva dos agentes, por meio do aprimoramento de espaços de comunicação e diálogo, capaz de manter ativa as ações negociadas ou em negociação (VENDEMIATTI, 2010).

Em um estudo conduzido por Helvo Slomp Júnior e colaboradores (2019) foi verificado que a aposta na agenda colegiada embora abra possibilidades para a democratização do trabalho em saúde não é suficiente para garantir a mudança desejada. Os autores problematizam que tenta-se produzir mudanças no cotidiano, como se elas pudessem ocorrer em um “passe de mágica”, sem considerar que existe um período de adaptação individual e coletivo para que os envolvidos possam interferir e deixar-se interferir por novas verdades, valores e formas de agir.

Segundo Helvo Slomp Júnior e colaboradores (2019), toda mudança que se produz no plano micropolítico da vida, deve se fazer presente, no sentido de ser lembrada e preferencialmente ocorrer de forma sutil e lenta, a fim de evitar que seja recebida com desconforto ou até mesmo rechaçada, assumindo contornos apenas no plano representacional da realidade social. Para evitar que esse cenário se torne imperativo no cotidiano os pesquisadores consideram que é importante levar em conta os significados dos vários modos de sentir, pensar e fazer dos trabalhadores, bem como os investimentos prévios acumulados, para só então se negociar qualquer mudança.

Entrevistado 3: *“A gente tem uma certa dificuldade nas constâncias das ações, sabe assim, principalmente relacionadas a gestão, de um modo geral. A gente nunca consegue desdobrar isso da parte de coordenação, de um nível hierárquico mais alto para as áreas especificamente. Falta essa costura, sabe, do que de fato está acontecendo na instituição.”.*

O uso da metáfora “falta essa costura” demonstra que os níveis de gestão apresentam dificuldades de se conectarem e de se comunicarem. Desse modo, as práticas parecem fragmentadas e perdem força no cotidiano. Para dizer sobre isso, o entrevistado 3 utiliza de um

discurso comedido ao empregar a expressão “uma certa”, manifestando-se com cautela para falar que as ações da gestão não possuem a constância necessária para se constituírem de maneira exitosa entre os envolvidos.

Entrevistado 6: *“O número de informações é muito grande. As mudanças contínuas em muitos processos confundem às vezes, mas entendo que as mudanças são necessárias, mas eu não posso falar que elas não confundem.”.*

A locução adverbial “às vezes”, utilizada também pelo entrevistado 6, indica que de vez em quando o volume de mudanças nos processos de trabalho faz com que ele/ela se veja confuso (a) em como agir.

Nota-se nos discursos dos entrevistados 3 e 6, a dificuldade de ver sentido nas mudanças institucionais propostas e seus desdobramentos de um nível hierárquico mais alto às áreas especificamente, demonstrando que as tomadas de decisão da alta gestão não são habitualmente compartilhadas de forma prévia com os coordenadores, que por sua vez, possuem interface direta com a micropolítica, espaço onde de fato são operadas todas as transformações na saúde.

Também fica evidente, por meio da fala do entrevistado 3, a sobrecarga dos gestores em detrimento da não descentralização das ações, o que reforça que o poder e a responsabilidade estão concentrados nas mãos de poucas pessoas indo em direção contrária as premissas da gestão participativa.

Entrevistado 3: *“A gente tem muitas pessoas estratégicas e muitos projetos diferentes. Por exemplo, são sempre as mesmas pessoas em tudo. Eu acho [hesitação] que as pessoas acumulam muita função e existe uma dificuldade de descentralização. Acho que a gente precisa começar a identificar aquelas lideranças informais que a gente tem na instituição e empoderar elas, sabe, para que a gente consiga descentralizar isso.”.*

Ainda sobre o volume de mudanças ocorrendo simultaneamente, está posto na fala do entrevistado 3 que os coordenadores acumulam muita função diante desse cenário, somado a isso, com o emprego da conjunção aditiva “e” é possível identificar que esta prática de acumular função está impactada também pela dificuldade de descentralização.

Os discursos apresentados permitem reconhecer que a mudança nos modos de operar a gestão está em curso, ou seja, acontecendo. Entretanto, apesar dos movimentos relatados, há

hesitações e comedimentos para dizer o quanto essa mudança é de fato concreta e pertencente a realidade dos atores sociais.

O posicionamento dos entrevistados se justifica pela mudança, seja ela qual for provocar nas pessoas a necessidade de deixar hábitos e costumes já arraigados por novas formas de fazer que nem sempre ocorrem de forma gradual. Ademais, o contexto hospitalar, por si só, se constitui complexo e dificulta ainda mais o sucesso dos projetos.

Há que se considerar também a dificuldade de descentralização dos processos, dos coordenadores para outros atores sociais. Esse cenário pode gerar o esgotamento dos componentes da mesopolítica pelo predomínio de uma gestão hierarquizada em que o poder se concentra nas mãos de poucas pessoas e por não saberem de fato o que é atribuição sua e do outro.

Fundamentalmente, toda essa problematização está focada em explicitar que o modelo de gestão é dito e escrito colegiado, mas as decisões que reverberam no contexto da prática social nem sempre são colegiadas, e portanto, difíceis de serem incorporadas, permanecendo assim, na esfera do desejo de se colocar em prática modos mais participativos de gestão.

Um dos projetos em andamento na instituição é gestão por competências, um tipo de método que pode ser adotado pelas instituições hospitalares para fazer a gestão de pessoas. Essa maneira de gerir pessoas permite que a instituição identifique lacunas entre os trabalhadores que podem dificultar o alcance dos objetivos estratégicos da organização (CASANOVA, 2013).

Araújo Junior e Martins (2014) e Carbone e colaboradores (2016) complementam que a gestão de pessoas por competências tem se destacado, pois amplia a capacidade de atuação da organização nos seus vários processos e práticas, alinhando expectativas entre trabalhador e instituição e vice-versa, resultando na eficácia no desempenho do trabalho.

Existem diversas formas de conceituar competências, entretanto no contexto do trabalho seu significado converge para a compreensão de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (acrônimo CHA) necessário às atividades laborais (DUTRA, 2016).

Segundo Chiavenato (2008), o conhecimento advém da formação acadêmica e das experiências pessoais e profissionais adquiridas ao longo da vida, de forma que estas contribuam para as normas e práticas organizacionais. A habilidade é o saber fazer, é a capacidade de utilização do conhecimento para obtenção de resultados e solução de conflitos (CHIAVENATO, 2008). A atitude é o querer fazer, levando a ação para a realização de um ato, influenciado pelo comportamento (CHIAVENATO, 2008).

Nesse sentido, Carbone e colaboradores (2016) destacam que as competências orientam os processos de aprendizagem, sendo o trabalhador responsável pelo seu autodesenvolvimento

tanto quanto a organização, pelo desenvolvimento continuado das competências definidas para o escopo do trabalho em relação a função.

Como parte integrante do processo de gestão de pessoas por competências, realiza-se a avaliação de desempenho. A avaliação de desempenho por competências objetiva estabelecer de forma transparente a relação desse sistema de avaliação com as demandas e requisitos do trabalho baseado nas competências definidas. Em função disso, é mais bem compreendida pelos trabalhadores (BERGAMINI, 2012).

Na análise documental e nas falas dos participantes, a implantação da gestão de pessoas por competências é tida como um movimento que repercutiu de diversas maneiras no modelo de gestão do HRTN, destacando a importância da adoção de ferramentas para o acompanhamento e desenvolvimento dos trabalhadores.

Entrevistado 5: *“Uma coisa que a gente sempre falou é a questão da avaliação de desempenho dos trabalhadores, a gente está nesse processo agora. Eu acho [hesitação] que o nosso tempo de aprendizado talvez tenha sido muito grande, a nossa curva de aprendizagem foi muito grande, eu acho [hesitação] que a gente poderia ter feito isso há uns cinco, seis anos, porque já existiam ferramentas para isso, mas eu acho [hesitação] que os atores que estavam em cena naquela época não tinham essa disposição, condição de fazer acontecer.”.*

Entrevistado 3: *“Muito impulsionado pelo processo de gestão por competências, no processo de avaliação, isso me chamou um pouco a atenção, sabe, assim sobre a necessidade de tirar um espaço para a gente fazer um processo de discussão mais qualificado sobre a nossa atuação.”.*

Entrevistado 8: *“Nós começamos agora a fazer a gestão por competências dentro do hospital. Num hospital desse tamanho, até outro dia não tínhamos um norteador para avaliar o desempenho dos nossos trabalhadores.”.*

Por meio da gestão de pessoas por competências, foi possível perceber também a definição e a institucionalização de práticas que colaboram com o clima e com o reconhecimento do trabalho, a partir de *feedbacks* cotidianos que podem evitar o uso desnecessário das penalidades administrativas.

Entrevistado 2: *“Antes o feedback não era padronizado, então isso até dificultava com que as pessoas fizessem. Existiam as conversas, existiam as orientações, mas os elogios não eram documentados, somente as penalidades, tipo advertência, suspensão. E ficava muito para eu fazer isso, eu não estava lá na assistência com o técnico, mas era eu a pessoa que chamava atenção. Hoje o enfermeiro tem incorporado mais esse papel”.*

Os *feedbacks* são parte fundamental do processo de gestão de pessoas por competências. Eles devem ser realizados tão logo ocorra um fato, quando se quer fazer um elogio ou alguma orientação sobre determinada conduta (SNELL e BOHLANDER, 2010). A aplicação dos *feedbacks* permitirá a elaboração de um histórico que irá subsidiar a avaliação de desempenho. Conforme descrito por Pontes (2016), quando realizado sistematicamente auxilia na mudança de comportamentos inadequados, na manutenção de comportamentos desejáveis e na orientação para novos comportamentos.

Outra estratégia colocada pelos participantes para aprimoramento da gestão é a criação ou o fortalecimento dos colegiados.

Entrevistado 3: *“A gente tem colegiados específicos né? Para cada uma das diretorias, e tem o colegiado ampliado, que também é outra forma descentralizada de atuação, de modelo de gestão dentro do hospital, né?”.*

Entrevistado 9: *“A diretoria nos solicita que a gente fortaleça os nossos colegiados, que a gente crie os nossos colegiados (quem ainda não tem) e fortaleça aqueles que já tem, justamente para tentar abarcar o maior número de informações possíveis para melhorar a gestão.”.*

A partir dos destaques feitos nos discursos dos entrevistados 3 e 9, é possível afirmar que os movimentos para estabelecimento de colegiados, ou manutenção daqueles já existentes parte de um direcionamento feito pela alta gestão para que os ocupantes da meso e micropolítica se constituam os atores sociais destes espaços nos seus locais de trabalho.

Entrevistado 10: *“Quando a gente começou a falar do colegiado, falaram: “esse é o nosso modelo, temos colegiado. O ideal é que todos os setores tenham colegiado”. De certa forma, para mim foi uma*

surpresa. Nem estava com o nome de "colegiado", era um fórum para as pessoas trazerem as coisas. Muitas vezes eu definia algumas coisas com o XXX, mas na hora em que chegava ao XXX o XXX falava: "mas será que a gente não podia fazer desse jeito? Desse jeito não funciona". Eu já tinha pensado de a gente ter um fórum, nem que fosse para as tomadas de decisão: "estamos pensando em fazer assim, está bom ou não está?". Achei uma ótima ideia quererem fazer um colegiado, de todo mundo ter um colegiado, de todos os setores terem um colegiado."

Entrevistado 12: *"Eu percebo essa oscilação dentro do hospital, eu acho [hesitação] que tem espaço para essas decisões colegiadas, em que a gente percebe que a gente é ouvida, escutada, mas tem decisões que eu entendo que a gente pode partilhar para torná-la colegiada."*

Não obstante, conforme as falas dos entrevistados 10 e 12, há limites para esse fazer colegiado no HRTN (dá-se o nome de colegiado, mas não há como afirmar de fato que é colegiado), para além das instâncias diretivas da alta gestão, por desconhecimento dessa prática na instituição ou pela dificuldade de reconhecê-la enquanto uma premissa do modelo de gestão devido a suas oscilações no cotidiano.

Percebe-se por meio dos discursos que os colegiados se configuram dispositivos para o alcance da gestão participativa, ainda que se tenha desafios para colocá-los em prática, confirmando o que já foi mencionado anteriormente, pelo entrevistado 9 *"O modelo é colegiado, mas a decisão não é colegiada"*.

Os colegiados são instâncias com representação de trabalhadores de diversas classes com a finalidade de se constituir um espaço coletivo de contraste, disputa e composição das diferentes visões e interesses dos atores sociais, na perspectiva de uma prática mais solidária e cuidadora dos usuários e menos alienada (CECÍLIO, 1994 e CAMPOS, 1998).

Em uma pesquisa realizada por Cecílio (2010), que estudou os colegiados de gestão em serviços de saúde foi evidenciado que os colegiados foram criados para se instaurar um espaço consultivo, na medida em que a função de deliberar mesmo cabe ao coordenador. Outros achados apontaram que estes espaços se constituem local para expor opiniões e assim auxiliar o coordenador a tomar decisões, além de para alguns ser espaço de transmissão do que já havia

sido decidido e que então precisava sair do espaço macropolítico para o micropolítico, o que demonstrava o sentido autoritário dos colegiados de gestão.

Percebe-se que há uma tensão e uma contradição em torno dos colegiados de gestão enquanto espaços democráticos, na verdade revestidos de um certo endurecimento e de imposição de projetos que “vem de cima”. Assim, essas instâncias acabam por ter um caráter mais instrumental e, por consequência, não se pode “abrir tudo” (CECÍLIO, 2010).

O mesmo achado foi encontrado nesta pesquisa, conforme a fala do entrevistado abaixo:

Entrevistado 10: *“A gente criou um comitê gestor. A gente tem representante de todos os grupos da equipe. Esse colegiado é um fórum que deveria ser um pouco mais estratégico e tático, e menos operacional, mas eu percebo, tanto dos XXX como dos XXX, uma tendência a querer discutir muita questão operacional, muito arroz com feijão. Ainda está numa discussão operacional, mas eu entendo que isso é uma questão de amadurecimento, eles nunca fizeram isso.”*

Os adjetivos “estratégico” e “tático” em oposição ao “operacional” atribuídos ao colegiado são provenientes do discurso do planejamento. A partir da interdiscursividade, o entrevistado 10 faz menção aos níveis de planejamento para retratar que no colegiado há um predomínio de discussões operativas, relacionadas a execução, quando deveriam ser mais sistêmicas, ou seja, estratégicas, com foco na dinâmica dos setores e na relação entre as unidades que compõem a linha de cuidado e a organização como um todo.

A análise interdiscursiva de um texto relaciona-se à identificação dos discursos articulados e da maneira como são articulados numa relação dialógica harmônica ou polêmica (FAIRCLOUGH, 2003; RAMALHO e RESENDE, 2006; SALLES e DELLAGNELO, 2019). Essa manifestação torna o texto heterogêneo, de forma que as maneiras de representação de aspectos do mundo podem ser especificadas por meio de traços linguísticos que podem ser vistos como ‘realizando’ um discurso (FAIRCLOUGH, 2003; RAMALHO e RESENDE, 2006; SALLES e DELLAGNELO, 2019).

Outro achado relevante deste estudo que também se assemelha ao encontrado na pesquisa de Cecílio (2010) é o pouco interesse das pessoas em querer fazer parte dos colegiados de gestão, mesmo com esse caráter instrumental, gerando frustração e incômodos que dificultam o sucesso dos projetos almejados pela organização, a partir do que coloca esta coordenadora:

Entrevistado 5: *“A gente está tentando implementar o colegiado do XXX e eu falei para a minha equipe: nós vamos ter um representante, eu quero que vocês participem”, mas eu vejo as pessoas com um envolvimento tão pouco. Em que hospital a gente tem um colegiado para debater problema do setor? Onde tem essa abertura? Então, as pessoas não valorizam a instituição, é esse o meu sentimento e a minha tristeza.”.*

Como pode-se identificar na fala do entrevistado 5, é presente no cotidiano os movimentos de implementação dos colegiados. Entretanto o discurso apresenta tom imperativo ao empregar a expressão “nós vamos ter”.

A partir do exposto, é possível identificar atributos de modalidade deontica no discurso do entrevistado 5, que designa obrigação (isto é, isto deve, será, tem, não é) (FAIRCLOUGH, 2003). A modalização remete ao comprometimento (SALLES e DELLAGNELO, 2019) dos atores sociais com a gestão colegiada. Está diretamente relacionada ao julgamento em relação ao que é verdadeiro e o que é necessário e revela a forma como a realidade social é representada (SALLES e DELLAGNELO, 2019).

Para se constituir colegiado, é necessária a participação das pessoas, não basta o querer dos gestores, como no uso da expressão “eu quero que vocês participem”, os trabalhadores também precisam querer e estarem dispostos e implicados. Do contrário, percebe-se que o insucesso dessas tentativas causa frustração nos envolvidos que pode estar relacionada a etapas antes desse convite não terem sido bem esclarecidas ou compreendidas pelos coordenadores, ou até mesmo da relação estabelecida entre o gestor e a equipe, fazendo com que os processos de mudança e implementação do novo sejam repelidos.

Essas constatações dão espaço para se duvidar da capacidade mobilizadora e comunicativa dos colegiados de gestão. Isso ocorre diante da dificuldade de articulação entre representantes e representados, dando ênfase a possibilidade dessas instâncias assumirem contornos corporativistas, sendo o indicado pela coordenação (pessoa de sua confiança) uma espécie de porta-voz dos interesses individuais de sua categoria profissional e não do objetivo fim que é a produção da saúde a partir do olhar da equipe cuidadora (CECÍLIO, 2010).

Assim como visto por Cecílio (2010) e relatado pelo entrevistado 5, é possível notar que há coordenadores que percebem que determinadas situações não devem ser democratizadas, de maneira que o seu papel inevitavelmente será marcado por momentos de solidão em suas decisões. Destaca-se também o emprego da palavra “autonomia” como sendo algo antagônico

à democratização, a partir da ideia de que “a instituição”, como ator social nesta representação, “ficou *refém* dos trabalhadores” por querer adotar práticas mais compartilhadas.

Entrevistado 5: “*Será que algumas coisas a gente realmente precisa compartilhar, precisa abrir? Será que não é: "gente, é assim que se faz, é desse jeito aqui". Acho que algumas coisas são institucionais, são decisões institucionais mesmo, de a instituição entender o que é prejuízo para ela e o que é benefício, e fim. Essa autonomia, às vezes eu acho [hesitação] que a instituição não assume para si. Ela tem autonomia para tomar as decisões dela. Às vezes eu sinto a instituição um pouco refém dos trabalhadores, como se fosse um favor eles virem aqui trabalhar. A gente ficou refém dos trabalhadores de uma forma que eu não sei se a gente vai conseguir reaver isso algum dia.*”.

O emprego da metáfora “refém” pelo entrevistado 5 traz também a representação social de que a instituição está ameaçada pelos trabalhadores, como se estes estivessem em lados opostos de interesse.

A representação de eventos sociais, demonstra no discurso, a forma como estes são recontextualizados, ou seja, como um evento social pode ser representado em outro evento (neste caso, a entrevista). Assim, neste aspecto da análise textual, elementos de um determinado evento social são seletivamente recontextualizados (algumas coisas são excluídas, incluídas, ganham maior ou menor projeção) o que pode afetar a forma como são representados pelos participantes (RAMALHO e RESENDE, 2011; SALLES e DELLAGNELO, 2019).

Torna-se central o desafio da implementação de colegiados, pelos motivos elucidados aqui e também pelo equilíbrio que deve existir entre o agir do coordenador e dos espaços de democratização. Questiona-se até que ponto o coordenador está preparado e/ou disposto a se submeter às decisões do colegiado quando estas contrariam sua posição pessoal e de alguma forma questionam sua autoridade. O coordenador representa o governo no colegiado, na medida em que é ele que sinaliza os limites de autonomia de decisão da equipe, funcionando como “guardião” das regras e da política institucional (CECÍLIO, 2010).

Há que se ter cuidado com os arranjos propostos pelos colegiados (necessários, porém não suficientes para caracterizar uma gestão compartilhada), reconhecendo sua complexidade, limites e possibilidades, uma vez que sua finalidade ultrapassa mecanismos burocráticos de agir para um fazer político, marcado por espaços de poder e controle de forma mais ou menos explícita (CECÍLIO, 2010).

Não há uma receita para fazer colegiados (CAMPOS, 1998), embora já esteja claro que de maneira isolada eles jamais podem ser utilizados como estratégia de gestão (ABRAHÃO, 2008), capaz de conciliar os interesses com a racionalidade instrumental e a crescente busca por resultados e eficiência que atravessam a agenda de gestores da saúde (CECÍLIO, 2010), principalmente nas instituições hospitalares.

A dimensão macropolítica deve ser alvo de intervenção da alta gestão, pois fragilidades nesse plano podem colocar a perder projetos que visem a produção do cuidado em saúde, entretanto é fundamental compreender que a mudança possui efeito sobre os processos de subjetivação dos sujeitos na micropolítica interferindo diretamente no cuidado ofertado ao usuário (FRANCO e MERHY, 2013).

O serviço que opta por adotar o colegiado enquanto prática, deve preparar os atores sociais por meio de processos pedagógicos, seja por meio da EP ou na linha de apoio institucional para organização e condução desses espaços (CECÍLIO, 2010; MERHY, 2015).

Outros caminhos propostos por Cecílio (2010) para adotar mecanismos de cogestão são: a constituição de grupos de trabalho para enfrentamento de problemas específicos; elaboração de projetos terapêuticos envolvendo toda a equipe para pacientes em situação de vulnerabilidades e todo e qualquer arranjo que coloque o cuidado como foco de atenção e ponto de partida.

O aprimoramento das ferramentas de gestão apontado pelos participantes, apesar de auxiliar os coordenadores na prática cotidiana, resulta parcialmente no aprimoramento do modelo de gestão participativa colocado pela instituição em seus documentos.

5.4 FACILITADORES E DIFICULTADORES DO MODELO DE GESTÃO DO HRTN: DISCURSO E MUDANÇA SOCIAL

Nesta categoria são abordados os fatores facilitadores e dificultadores do modelo de gestão do HRTN. Constitui-se como principal facilitador o acesso que os coordenadores têm à diretoria.

Entrevistado 4: *“O facilitador eu acho que é a tecla que eu sempre bato, é o acesso que a gente tem aos gestores, tanto a diretoria quanto o acesso que eu tenho às outras equipes, inclusive administrativo. É sempre muito direto e muito rápido. É um modelo que exige menos intermediação e eu acho que isso é bom. Então a sensação que eu tenho aqui é que a diretoria é muito mais acessível às coordenações do que*

no outro hospital que eu trabalho, por exemplo. E não foi uma mudança de gestão. Quando eu assumi aqui, quando tudo começou, desde sempre era muito fácil esse acesso. Mesmo quando eu era plantonista, o acesso já era fácil assim.”

O discurso do entrevistado 4 indica que a facilidade de acesso a diretoria é notada desde que o hospital foi concebido, sendo este aspecto genuíno em toda sua existência e também na trajetória deste/desta profissional na instituição. Além disso, ele/ela considera que a facilidade de acesso faz com que o modelo de gestão do hospital exija menos intermediações, portanto um modo de agir mais independente dos atores sociais.

O mesmo pode ser confirmado por meio da fala de outros entrevistados, cada qual a sua maneira de manifestar-se, reafirmando essa característica do hospital.

Entrevistado 7: *“Eu acho que um facilitador é o apoio da gestão, eu acho que a direção apoia muito, apoia a tomada de decisões, está sempre aberta para a gente poder fazer as discussões, trabalhar com as necessidades. Eu acho que esse é um ponto positivo.”*

Percebe-se na fala dos entrevistados 4 e 7 o predomínio de um discurso modalizado em termos de verdade (modalidade epistêmica) para dizer sobre os fatores facilitadores do modelo de gestão, ao empregarem o advérbio “sempre”, indicando determinada frequência. Segundo Fairclough, esse é um recurso do sistema linguístico que aponta o grau de veracidade ou credibilidade que é aferido às proposições sobre coisas do mundo (SALLES e DELLAGNELO, 2019).

Entrevistado 12: *“Eu acho que é a gente ter espaços para a gente poder conversar e expor as dificuldades. A gente tem espaços, eu crio espaço para quem está “na ponta” me acessar, poder falar e eu ouvir, e a gente também tem espaços para a gente poder levar o que a gente está escutando para lá.”*

O discurso do entrevistado 12 reforça o comportamento positivo relacionado ao seu acesso a diretoria de forma a reverberá-lo no seu fazer enquanto coordenador (a) com a sua equipe, reforçando os traços dessa prática na instituição.

Entrevistado 8: *“A diretoria tem um acesso significativo. Nós sabemos que eles não têm muito tempo para ficarem lá, acessando os*

trabalhadores, etc., mas eles dão essa liberdade para os trabalhadores fazerem esse acesso direto.”.

A forma como o entrevistado 8 se posiciona ao falar sobre os facilitadores do modelo de gestão traz a ideia de que as portas da diretoria estão abertas. Mas, denota também, de maneira não modalizada, ao utilizar a expressão “eles não têm muito tempo”, que a agenda da alta gestão é muito demandada, deixando dúvidas se esse acesso consegue se sustentar.

Entrevistado 9: *“Aqui no Risoleta, especificamente, o hospital é pequeno, as pessoas se conhecem, então a multiplicação de informações é muito rápida, as equipes e as pessoas se conhecem bem. Eu acho que, no Risoleta, isso é um facilitador, a proximidade que as pessoas têm, até a proximidade dos gestores do hospital com os trabalhadores, isso facilita.”.*

O entrevistado 9 destaca as relações estabelecidas na instituição como um facilitador, entretanto ele/ela atribui isso ao fato de considerar o hospital pequeno o que contribui de alguma forma para que as pessoas se conheçam mais. O entrevistado 5 destaca como facilitador o sentimento de pertencimento à instituição e o quanto este faz diferença para a sua prática.

Entrevistado 5: *“O que facilita é você se sentir parte do processo. Eu acho que isso é um facilitador, você se responsabiliza, você se sente parte da instituição, você sabe da responsabilidade das suas decisões, então isso te integra, te insere e tudo o mais, você se sente parte da instituição.”.*

As palavras “acesso”, “apoio”, “proximidade”, “espaço”, “relação”, “parte do processo” presentes nos discursos dos participantes remetem à ideia de que a alta direção do HRTN está atenta e acolhe o que é trazido pelos coordenadores. Entretanto essa forma dialógica de fazer gestão precisa ser capilarizada nos micro espaços da instituição, de modo que os demais atores/trabalhadores também possam experienciar e contribuir para a consolidação dessas práticas.

Uma maneira de auxiliar para que essa capilaridade aconteça é incorporar como estratégia práticas de EP, na tentativa de encontrar caminhos que reduzam as arestas da gestão para uma perspectiva dialógica e participativa dos trabalhadores na atenção à saúde (FEUERWERKER, 2012). A EP em saúde é uma ferramenta que possibilita mudanças nas

relações, nos processos de trabalho, nos atos de saúde e, sobretudo, nas pessoas (BRASIL, 2014).

Os ruídos de comunicação são tidos como o principal dificultador da gestão, presente em quase todos os discursos proferidos pelos participantes.

Entrevistado 10: *“Eu tenho vários gaps nesse modelo de gestão e às vezes eu tenho a percepção de que outras pessoas também. Eu acho que talvez seja importante a direção, em algum momento, tornar bem claro qual é esse modelo de gestão, o que se pretende, onde se quer chegar.”.*

Entrevistado 12: *“Esse modelo de gestão ainda não é muito claro para todo mundo. Percebo às vezes que falta um pouco de comunicação, de informação para as pessoas. Acho que falta, talvez, esse momento de, quando as pessoas entrarem, dizerem: “nós funcionamos assim, assim e assado”.”.*

Os discursos dos entrevistados 10 e 12 apontam a necessidade de um direcionamento por parte da instituição. Não está claro para os coordenadores o que se espera deles enquanto gestores do HRTN, gerando incompreensões quanto ao modo como devem ser operadas as relações de trabalho, dando lugar a práticas intuitivas.

Entrevistado 2: *“...eu vejo muita dificuldade dessa comunicação mesmo, sabe, de ser mais claro... qual que é a proposta? Qual que é o planejamento do hospital? O que espera da liderança, sabe? Assim, eu não tenho essa clareza não, sabe... então assim, eu entendo que a gente está num processo de mudança, até da diretoria... acho que a questão da covid também agravou a nossa situação na gestão. Para o modelo de gestão funcionar, cada peça do jogo tem que saber sua função muito bem clara. Não dá para ficar nada subentendido. Qual é a função do gerente da linha de cuidado tal? Qual é a função do coordenador? Eu acho que isso precisa ser muito claro, qual que é a sua responsabilidade, o que é que você tem que fazer. Porque as vezes fica uma coisa assim... ‘ah, eu acho que isso é função de tal pessoa, é tal pessoa que devia procurar...’ então assim, o que é de todo mundo, não é de ninguém, e acaba não sendo realizado. Se os líderes não tiverem, assim, orientados (não sei se é a palavra certa), sabendo das*

incumbências deles, como que ele vai delegar isso? Ele não vai conseguir, porque assim, tipo cego em tiroteio mesmo... o que aparecer a gente resolve, mas é melhor planejar primeiro para depois executar...”.

Ao dizer, por meio de metáfora que “cada peça do jogo tem que saber sua função muito bem clara” o entrevistado 2 se refere a necessidade de compreensão quanto aos papéis dos atores sociais do HRTN, de modo que essa definição contribua para as práticas de gestão de maneira mais orientada ao planejamento e aos resultados esperados. Para expressar essa incompreensão o/a participante se utiliza do dito popular “o que é de todo mundo, não é de ninguém”.

Já foi mencionada na discussão desta pesquisa a sobrecarga dos gestores em detrimento da não descentralização das ações. De maneira similar, o entrevistado 2 traz à tona novamente a temática, dizendo que a dificuldade de delegação das atividades acontece em detrimento da não clareza dos papéis dos atores sociais caracterizando essa não clareza com a metáfora “cego em tiroteio” em que o gestor se concentra em um fazer imediatista impulsionado pela rotina e pela necessidade de cumprir tarefas.

Entrevistado 11: *“Eu acho que o que precisa melhorar é a comunicação institucional. Os setores ainda não são integrados. Tem gente aqui que não conhece o setor do outro, trabalha isolado.”.*

Nogueira e Rodrigues (2015) mencionam ser indispensáveis para o desenvolvimento da comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde consciência situacional, além de contato dos olhos, escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem, liderança clara e envolvimento dos trabalhadores em discussões saudáveis de informações pertinentes.

Entrevistado 1: *“Falta clareza com relação ao modelo. A comunicação aqui dentro do Risoleta, ela é de alguma forma falha, apesar de a gente ter vários meios de comunicação. Eu acho que todas as pessoas têm que saber como é feita a gestão. Tinha que vir do topo para a base, pelo menos a primeira apresentação, pra depois a gente ser o agente condutor disso tudo. Sempre tem assim, da diretoria para o gerente, pra coordenação, mas ela não chega a atingir a base que é quem carrega a gente no colo. Não é um agradecimento é uma colocação, entendeu? Olha gente o modelo é assim, nós vamos*

funcionar assim, beleza? Então não sou eu que vou apresentar esse modelo para o funcionário. Quem vai apresentar esse modelo para o funcionário é quem tá lá em cima. Quem fez o projeto de gestão, entendeu? A comunicação vinda de cima pode melhorar até o entendimento de, de qual que é o nosso papel diante dos funcionários.”.

Por meio da fala do entrevistado 1 é possível perceber que a existência dos meios de comunicação por si só não garante que a informação seja compreendida por todos. Ademais, identificam-se características de um discurso ora modalizado ora não modalizado. Ao utilizar “tinha que vir” o/a participante designa obrigação (modalidade deôntica) da alta direção na apresentação e definição dos modos de fazer gestão no HRTN. É enfatizado também que os processos de comunicação quanto a gestão acontece com determinada frequência entre a macro e a mesopolítica, quando é dito “sempre tem assim” (modalidade epistêmica), mas não são capazes de alcançar a micropolítica. Fundamentado nessa reflexão, o entrevistado se coloca a partir de uma afirmação não modalizada posicionando-se da seguinte forma: “não sou eu que vou apresentar esse modelo para o funcionário”.

Freire et al. (2019) citam que alterações de comportamento entre as pessoas não ocorre somente por meio dos veículos de comunicação formal e escrita, mas também por meio da comunicação informal, face a face, constituídas pelas interações cotidianas entre trabalhadores e gestores.

Ao analisar os discursos, destaca-se como facilitador o acesso que os coordenadores têm à diretoria e como dificultador questões relacionadas a comunicação.

Os facilitadores citados, acesso à alta gestão, apoio e proximidade da diretoria, espaço para discussão, estabelecimento de relações e sentimento de pertencimento são fatores potenciais para transformação dos modos tradicionais de gestão. Entretanto, esse “estar com”, essa “abertura”, precisa somar-se a “fazer com”, “dar condição para”, de forma que os processos de mudança, do novo e o alcance da gestão participativa, idealizada nos documentos, se torne uma prática na rotina dos atores sociais, de maneira a ser mais do que lembrada nos veículos institucionais de comunicação, ser vivida, gerando maior apropriação por parte dos envolvidos.

Os dificultadores são originários de ruídos de comunicação e ausência de apropriação do modelo de gestão prescrito para o HRTN. Situações repetidas dessa ordem ocasionam insegurança e despreparo dos coordenadores, profissionais com um papel imprescindível na intermediação dos atos de saúde entre a alta gestão e os trabalhadores que compõem a micropolítica. Essa insegurança provém, entre outras circunstâncias, do desconhecimento do

modelo de gestão posto pelo HRTN e com ela a dificuldade de delegação, sobrecarga e indefinição do que se espera do trabalho dos gestores.

Ao finalizar essa categoria, faz-se necessário discutir a crítica explanatória conforme definida por Fairclough como uma das etapas da ADC. Por meio dela, espera-se analisar as possibilidades de mudança e superação dos problemas identificados na conjuntura investigada (RESENDE; RAMALHO, 2006) a partir dos elementos facilitadores e dificultadores do modelo de gestão que se espera para o HRTN.

Identificou-se no discurso dos participantes que o modelo de gestão do HRTN apresenta traços dos modos clássicos de gestão, enraizados em hábitos tradicionais. Esses atributos foram evidenciados pela dificuldade de descentralização de ações, caracterizada pelo desconhecimento do que é atribuição do coordenador e do outro; pela forte resistência a relativização do poder, fazendo com o que o processo decisório se constitua o nó crítico para alcançar a corresponsabilização esperada entre as esferas de gestão e pela divisão técnica do trabalho, revelando o reforço da departamentalização da gestão e da hierarquização entre as categorias profissionais.

Por outro lado, foi possível detectar também, no discurso dos entrevistados, elementos que indicam a mudança em prol de modelos inovadores de gestão. É notório o acesso à alta gestão, o apoio e a proximidade da diretoria, a existência de espaços para discussão, o estabelecimento de relações e o sentimento de pertencimento, fatores potenciais para transformação dos modos tradicionais de gestão.

Retomando a classificação dos modelos de gestão, já conceituada neste relatório, pode-se dizer que no HRTN há, ainda, práticas intuitivas de gestão, com características autoritárias e centralizadoras. Por isso é importante reconhecer os elementos intervenientes no modelo de gestão de forma que a mudança almejada aconteça diminuindo a distância entre a teoria e prática. Não basta definir qual modelo de gestão será adotado (bem estabelecido nos documentos institucionais) é importante considerar como operá-lo no cotidiano levando em conta a realidade, a implicação dos atores sociais e o processo formativo para mudança do modelo mental. A busca pela convergência de propósitos entre os envolvidos nessa transição auxiliará a manutenção do engajamento, o apoio e a participação de todos para alcance dos resultados almejados.

Além disso, existe a urgência da descentralização alcançar os atores sociais “na ponta”, de forma clara e objetiva, reforçando o desejo de operar modos mais inclusivos de gestão, incorporando-os a agenda de todos os envolvidos. Somente de maneira mais evidente será

possível buscar a mudança social esperada na direção central, na esfera dos coordenadores e de todos os demais trabalhadores que operam o trabalho no HRTN.

Sabe-se que o cenário e o momento vivido interferem diretamente no sucesso dos projetos institucionais, dando ênfase aqui ao caos instalado pela pandemia da covid-19 que modificou, sem pedir licença, todo o planejamento dos anos 2020 e 2021. O distanciamento provocado por essa circunstância inibiu o contato entre as pessoas, diminuindo a possibilidade de trocas e movimentos de educação permanente, importante ferramenta para a gestão. Em meio a este contexto, ainda houve mudança nos componentes da alta gestão. O despertar para a necessidade de aprimoramento das práticas de gestão foi importante, entretanto os projetos se deram de maneira sobreposta, não sendo assimilados adequadamente pelos envolvidos.

6. CONCLUSÃO

A dissertação buscou analisar a configuração do modelo de gestão do HRTN na perspectiva dos coordenadores. A partir disso, evidenciou-se na prática dos componentes da mesopolítica desse contexto o que frequentemente é constatado na literatura, a dificuldade de transitar entre modos mais tradicionais de fazer a gestão para modelos de gestão inovadores, com destaque a participação e ao fazer democrático, considerando que, de algum modo, todos os atores sociais em saúde fazem gestão em seus micro espaços de trabalho.

As discussões propostas por Luiz Carlos de Oliveira Cecílio contribuíram para um olhar crítico ao problema identificado apontando caminhos possíveis, considerando a singularidade do papel das coordenações em se constituir um elo imprescindível na intermediação dos atos de saúde entre a alta gestão e os trabalhadores que compõem a micropolítica e a complexidade existencial das instituições hospitalares.

Por meio da análise dos discursos, foi possível revelar as dissonâncias encontradas na prática social dos coordenadores do HRTN no que diz respeito ao modelo de gestão instituído e praticado. É forte a constatação da dicotomia entre o prescrito e o real, demonstrando a lacuna existente e a necessidade de se avançar em estratégias que possam mobilizar o *status quo* da gestão.

Os discursos também apontam a necessidade de apropriação do modelo de gestão prescrito para o HRTN. Os coordenadores parecem não ter incorporado o que se espera deles enquanto gestores, gerando incompreensões quanto ao modo como devem ser operadas as relações de trabalho, dando lugar a práticas intuitivas e, às vezes autoritárias e centralizadoras de gestão. Ademais, aponta-se a necessidade de um processo formativo cuidadoso dos profissionais que assumem papel de coordenador (a), levando em conta o desafio e a especificidade dessa atuação no contexto hospitalar.

De acordo com a análise realizada, o modelo de gestão do HRTN é descrito e definido como participativo. Não obstante, há limites para esse fazer democrático na instituição (dá-se o nome de colegiado, mas não há como afirmar de fato que é colegiado), para além das instâncias diretivas da alta gestão, por desconhecimento dessa prática na instituição ou pela dificuldade de reconhecê-la enquanto uma premissa do modelo de gestão devido a suas oscilações no cotidiano. Problematizar a complexidade prática do modelo de gestão participativa é necessário, pois adotar essa forma de gerir implica necessariamente a responsabilização dos sujeitos, não dependendo exclusivamente do desejo das instituições

hospitalares fazê-la, mas sim oportunizarem espaços de construção coletiva da gestão de forma que seja possível a compreensão por todos os atores sociais envolvidos.

Diversas são as estratégias apresentadas para alcançar o modelo de gestão participativa, entretanto o volume de experiências vivenciadas pelos gestores ao mesmo tempo e a dificuldade de assimilação das práticas de aprimoramento da gestão na rotina de trabalho parecem refletir num discurso que reconhece o novo, mas também indicam os desafios para a sua constância e capilaridade da gestão central às coordenações e das coordenações às equipes.

Acredita-se que a realização dessa pesquisa pode contribuir com a elaboração de políticas de gestão do trabalho coerentes com as políticas de saúde para o fortalecimento dos espaços de gestão enquanto estratégia relevante para consolidação SUS.

O propósito do estudo não foi encontrar todas as respostas e soluções sobre gestão hospitalar, mas sim dar luz às práticas do modelo de gestão no cenário estudado na perspectiva dos coordenadores. Espera-se que os resultados da pesquisa sejam um estímulo para novas produções acadêmicas sobre a temática com aplicabilidade em diferentes cenários e contextos, a partir de outros recortes e participantes, além de suscitar novas aproximações teóricas no que concerne o modelo de gestão hospitalar e suas diferentes nuances apresentadas de acordo o momento vivido.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. Colegiado gestor: uma análise das possibilidades de autogestão em um hospital público. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2008, v. 13, n. 1, pp. 95-102. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100014>>. Acesso em 8 abr. 2022.
- ABRAHÃO, A. L. et al. **O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde**. In: GOMES, M.P.C.; MERHY, E.E. (Org.). *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
- ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. Araújo. A gestão do processo de trabalho da enfermagem em uma enfermagem pediátrica de média e alta complexidade: uma discussão sobre cogestão e humanização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.15, n. 37, p. 351-361, jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 20 dez. 2020.
- AMARAL, A.E.E.H.B. **Gestão de Pessoas**. In: IBÁÑEZ N., ELIAS P.E.M., SEIXAS P.H.D. (Org.). *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo (SP): Hucitec Editora; 2011. P.553-85.
- ANDRADE, A. G. Z. **O olhar do gestor: processo formativo HU/UFSC-EBSERH**. 2021. 125 f. Dissertação (Mestrado em Administração Universitária) – Pós-Graduação em Administração Universitária, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.
- ANUNCIACÃO, F.C.; SOUZA, M. K. F. Planejamento em saúde: percepções e entendimentos sobre o Plano Municipal de Saúde. **Rev. Baiana Saúde Pública** [online]. 2011; 35(4):845-58. Disponível em: <<https://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n4/a2812.pdf>>. Acesso em 5 fev. 2022.
- ARAÚJO JÚNIOR, J.A; MARTINS, I. Gestão Por Competências na Administração Pública: Uma Análise Bibliométrica a Partir do Decreto Lei 5.707/2006. **Rev. Gestão Org.**, v. 12, n. 2, 2014. p 153-162. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/gestaoorg/article/viewFile/21993/18442>>. Acesso em 27 abr. 2022.
- ARAÚJO, C. M.; OLIVEIRA, M. C. S. L.; ROSSATO, M. O Sujeito na Pesquisa Qualitativa: Desafios da Investigação dos Processos de Desenvolvimento. **Psic.: Teor. E Pesq.**, Brasília, v. 33, e 33316, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722017000100702&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 fev. 2021.
- BERGAMINI, C. W. **Competência: A Chave do Desempenho**. São Paulo: Atlas, 2012.
- BERNARDES, A., et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 861-870, Ago. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 dez. 2020.

BISPO JÚNIOR, J.P.; MARTINS, P.C. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. **Physis** [Internet]. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400004>>. Acesso em 27 abr. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510/2016** – Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012** – Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 20 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho em Saúde. Coleção progestores – para entender a gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde – Agenda 2014**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Cadernos Humaniza SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. p. 256.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Curso de auto aprendizado. Brasília, 2012a. Disponível em <https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/ras_curso_completo_1.pdf>. Acesso em 20 Dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O Humaniza SUS na atenção básica**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Gestão Participativa e Cogestão. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2009. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/85oronavirus/85orona_participativa_cogestao.pdf>. Acesso em 20 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **O trabalho como fonte de formação: um movimento em construção no Ministério da Saúde – Agenda de Desenvolvimento dos Trabalhadores**. Brasília, DF, 2015. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_fonte_formacao_movimento_construcao.pdf>. Acesso em: Acesso em 20 dez. 2020.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 6–23, 2018. Disponível em <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>>. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRITO, M. J. M.; ALVES, M.; MONTENEGRO, L. C.; CARAM, C. S.; REZENDE, L. C. Mulheres na gestão hospitalar: significando o trabalho gerencial em um hospital público. *Isso. G&S [Internet]*. Pag. 1429-1445; 2015. Disponível em <<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2958>>. Acesso em 20 dez. 2020.

CALIARI, R. V.; RICARDI, L. M.; MOREIRA, M. R. Análise das manifestações à Ouvidoria-Geral do SUS, no período de 2014 a 2018: evidências para a tomada de decisões. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2022, v. 27, n. 01, pp. 205-218. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.30712020>>. Acesso em 5 fev. 2022.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para Análise de Coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14:86. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/NFSNGnbbPr3DFy89XCbSZLN/>>. Acesso em 11 abr. 2022.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3ª ed. Porto: Afrontamento; 295p, 1998.

CARBONE, P. P.; et al. **Gestão por Competências**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016.

CASANOVA, C. C. **Gestão por competências: os desafios e possibilidades da seleção por competências**. 2013. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

CECÍLIO, L. C. de O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 dez. 2020.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS Abrasco, p. 117-130; 2009.

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência & Amp.*; Saúde Coletiva. Campinas, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/KKhpMdhCfVCvrzDFGdbrJKd/>>. Acesso em 27 abr. 2022.

CECÍLIO, L. C. O. **Micropolítica e hospital**: elementos teóricos. Tese (Livre-docência) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

CECÍLIO, L.C.O. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**; Rio de Janeiro; UERJ, IMS: ABRASCO; 2001.

CECÍLIO, L.C.O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, Mar. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 dez. 2020.

CECÍLIO, L.C.O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.22, 2007.

CECÍLIO, L.C.O.; MENDES, T.C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.13, n. 2, p. 39-55, Ago. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 dez. 2020.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. In: PINHEIRO R., MATTOS R.A. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS Abrasco, p. 133-126, 2003.

CHARMAZ, K. **Amostragem teórica, saturação e classificação**. In: A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, p. 134-168, 2009.

CHIAVENATO, I. **Gestão De Pessoas: O Novo Papel Dos Recursos Humanos Nas Organizações**. Rio De Janeiro: Elsevier, 2008.

COELHO, C. D. **A gestão em saúde e as ferramentas gerenciais: a experiência com o SISPLAN do Instituto Nacional do Câncer**. Rio de Janeiro; s.n.; 2008. 287 p. ilustr., tab. Tese em Português. LILACS, Coleção SUS, Inca. ID: biblio-93133. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/87oronavirus/inca/Celso_Dias_Coelho.pdf>. Acesso em 20 dez. 2020.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teoria e abordagens** (2ª ed., S. R. Netz, Trad.). Porto Alegre: Bookman, 2006.

DUTRA, JOEL SOUZA. **Competências – Conceitos, Instrumentos e Experiências**. Editora Atlas. Edição 2ª. São Paulo, 2016.

FAIRCLOUGH, N. **Analysing discourse: textual analysis for social research**. London: Routledge, 2003. p. 288.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. 2. Ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modelo_assistencial_e_atencao_basica_a_saude/3>. Acesso em 12 abr. 2022.

FARIAS, D. C; ARAÚJO, F. O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1895-1904, Jun. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601895&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Dez 2020.

FERREIRA, L. C. M.; GARCIA, F. C.; VIEIRA, A. Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 11, n. 6, art. 203, p. 31-54, 2010. Disponível em <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/4239>>. Acesso em 20 Dez. 2020.

FERREIRA, M. P. S.; TELES, A. S.; COELHO, T. C. B. Modelos e ferramentas de gestão do cenário hospitalar. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 20(3): 141-149, jul-set, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/334076880_Modelos_e_ferramentas_de_gestao_d_o_cenario_hospitalar>. Acesso em: 11 abr. 2022.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. 2012. Tese (Livre Docência em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2007, v. 12, n. 4, pp. 965-971. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400018>>. Acesso em 2 abr. 2022.

FRANCO, T. B.; JÚNIOR, H. M. M. **Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP.

FRANCO, T. MERHY, E. **O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado**. in FRANCO, T., MERHY, E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec. 2013.

FREIRE, E. M. R. et al. A comunicação como estratégia para manutenção da acreditação hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e20180224, 2019. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000100214>. Acesso em: 11 abr. 2022.

GOMES, R.; LIMA, V., V. Princípios para a avaliação nos serviços de saúde. Capítulo 12, p. 311 a 342. **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde** [livro eletrônico] / Raimunda Magalhães da Silva, Maria Salete Bessa Jorge, Aluísio Gomes da Silva Júnior (org.) – Fortaleza: EdUECE, 1ª edição, 2015. Disponível em <<http://www.uece.br/ppsacwp/wp-content/uploads/sites/37/2016/04/PLANEJAMENTO-GESTAO-E-AVALIACAO-NAS-PRATICAS-DE-SAUDE-EBOOK-548pg.pdf>>. Acesso em 22 mar. 2021.

HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES. **Institucional – Quem somos e Visão, Missão e Valores**. 2022. Disponível em <http://www.hrtn.fundep.ufmg.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=6&Itemid=86>. Acesso em 20 dez. 2020.

HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES. **Manual de conduta e ética**. Belo Horizonte, 2021. Disponível em <<https://www.hrtn.fundep.ufmg.br/comunicacao/publicacoes/>>. Acesso em 15 out. 2020.

HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES. **Modelo de Gestão de Pessoas por Competências**. Belo Horizonte, 2020. Disponível em <

<https://www.hrtn.fundep.ufmg.br/gestao-de-pessoas-por-competencias/>>. Acesso em 15 out. 2020.

HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES. **Planejamento Estratégico Institucional**. Belo Horizonte, 2022. Disponível em:

<<https://www.hrtn.fundep.ufmg.br/institucional/planejamento-estrategico/>>. Acesso em 15 out. 2020.

HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES. **Regimento Interno**. Belo Horizonte, 2016.

Disponível em: <https://www.hrtn.fundep.ufmg.br/wp-content/uploads/2021/03/Regimento_Interno_Risoleta_2016.pdf>. Acesso em 23 out. 2021.

LEITE, S. N.; GUIMARÃES, M. C. L. **Modelo de Gestão do SUS**. Gestão da Assistência Farmacêutica EAD. Farmácia Escola – Departamento de Ciências Farmacêuticas. Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014, p.8.

Disponível em <<http://unasus.ufsc.br/gestaofarmacutica>>. Acesso em 20 dez. 2020.

LIMA, D. P.; LEITE, M. T. S.; CALDEIRA, A. P. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 65-75, mar. 2015. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100065&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 dez. 2020.

LORENZETTI, J., et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, Jun. 2014.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200417&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 mar. 2021.

MARCUSCHI, L. A. **Análise da conversação**. São Paulo: Ática (Série Princípios), 1986.

MAZZA, D. A. A., et al. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela?. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, e300405, 2020.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000400602&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 dez. 2021.

MEDEIROS, S. M. A. **Gestão em centro cirúrgico sob a perspectiva da educação permanente em saúde**. 2018. 92 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

MELO, R.C. **Gestão colegiada e a organização do trabalho em saúde em uma instituição hospitalar**. 2014. 43 f. Monografia (Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC e Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre, 2014.

MENTIMETER AB. **Mentimeter**. Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <<https://www.mentimeter.com/pt-BR>>. Acesso em 20 abr. 2022.

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2015.

MERHY, E. E. **O ATO DE CUIDAR: a alma dos serviços de saúde?** Campinas, 1999. Disponível em <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf>. Acesso em 12 abr. 2022.

MERHY, E. E. **O ATO DE CUIDAR: a alma dos serviços de saúde?** In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>>. Acesso em 27 abr. 2022.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY E.E.; CECÍLIO L.C.O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Rev. Saúde em Debate** 2003; 22(64):110-122. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/pt/document/read/12756419/algumas-reflexoes-sobre-o-singular-processo-de-coordenacao-uff>>. Acesso em 1 abr. 2022.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional**. In: Saúde em Debate, ano XXVII, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, set/dez de 2003.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017. Disponível em <<https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>>. Acesso em 16 ago. 2020.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MONTEIRO, P. **Gestão da Mudança e do Clima Organizacional**. In: ARBACHE, A.P.; DUTRA, D.A. (Org.). Recursos Humanos: transformando pela gestão. Rio de Janeiro: FGV Ed, 2018, p. 87-114.

MOTTA, F. C. P. Administração e participação: reflexões para a educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 369-373, 2003. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/ep/v29n2/a14v29n2.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2020.

MOTTA, F. C. P.; ALCADIPANI, R. O pensamento de Michel Foucault na teoria das organizações. **Rausp**, v. 39, n. 2, p. 117-128, 2004. Disponível em <<http://rausp.usp.br/wp-content/uploads/files/V3902117.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2020.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>. Acesso em 12 abr. 2022.

OLIVEIRA, J. G. S. **Acolhimento na assistência especializada no estado do Acre: micropolítica e produção do cuidado em saúde**. 2017. 221 f. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo, São Paulo. 2017. Disponível em <<https://teses.usp.br/teses/91oronavírus/6/6135/tde-27062017-110416/publico/JeneGreyceSouzaDeOliveiraREVISADA.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2020.

PONTES, Benedito Rodrigues. **Avaliação de desempenho – Métodos clássicos e contemporâneos, avaliação por objetivos, competências e equipes**. 13ª ed. São Paulo: LTR, 2016.

POSSA, L. B.; CORTES, S. M. V. Mecanismos de participação e atores sociais em hospitais: o caso do Grupo Hospitalar Conceição-RS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, Supl. 1, p. 59-70, maio 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500005>. Acesso em 20 dez. 2020.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, Out. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 dez. 2020.

QUEIRÓS, O.S., et al. Strategic planning of a family health unit - East Region of Goiania. **Ver. Salud Pública** [online]. 2010; 15(1):15-23. Disponível em: <http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10_1_05_art2_pp%2015_23.pdf>. Acesso em 5 fev. 2022.

RAMALHO, V.; RESENDE, V. **Análise de discurso (para a) crítica: o texto como material de pesquisa**. Campinas: Pontes, 2011.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-197, Mar. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100185&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 ago. 2020.

REGIÃO NORTE DE BELO HORIZONTE. (2022). **Google Maps. Google**. Consultado em 12/02/2022, no website: <https://www.google.com.br/maps/place/Hospital+Risoleta+Tolentino+Neves/@-19.7285423,44.0761384,11z/data=!4m5!3m4!1s0xa68ff3f9539cdb:0xe4aa1d5ac279813d!8m2!3d-19.8177528!4d-43.9483901>

RESENDE, V. M. **Análise de discurso crítica e etnografia: o movimento nacional de meninos e meninas de rua, sua crise e o protagonismo juvenil**. 2008. 332 f. Tese (Doutorado em Linguística). Universidade de Brasília, Brasília. 2008. Disponível em <<https://core.ac.uk/download/pdf/33530959.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2020.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, Aug. 2010. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 dez. 2020.

SAHLINS M. **Esperando Foucault, ainda**. São Paulo: Cosac & Naify; 2004. p. 111.

SALLES, H. K.; DELLAGNELO, E. H. L. A Análise Crítica do Discurso como alternativa teórico-metodológica para os estudos organizacionais: um exemplo da análise do significado representacional. **Organizações & Sociedade**, v. 26, n. 90, p. 414-434, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1984-9260902>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/osoc/a/VSrfdMxTzNDzmdqB7LSFs9C/>. Acesso em: 12 abr. 2022.

SANTOS, K. S.; et al. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 2, pp. 655-664, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>>. Acesso em 5 dez. 2021.

SANTOS, L. S. Dilemas morais da gestão pública brasileira no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus. **Isso. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 909-922, Ago. 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000400909&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 mar. 2021.

SANTOS, M. A.; SENNA, M. C. M. Educação em Saúde e Serviço Social: instrumento político estratégico na prática profissional. **Rev. Katálysis** [online]. 2017, vol.20, n.3, pp.439-447. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592017v20n3p439>>. Acesso em 16 mar. 2021.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Natal, v. 1, n.1, p. 1-15, jul. 2009. Disponível em <<https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>>. Acesso em 26 fev. 2021.

SERAPIONI, M.; ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instância colegiadas dos sistemas de saúde: os casos Itália, Inglaterra e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2411-2421. 2006. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2006.v22n11/2411-2421/>. Acesso em: 13 abr. 2022.

SILVA, L. A.; SANTOS, J. N. Concepções e práticas do trabalho e da gestão de equipes multidisciplinares na saúde. **Revista de Ciências da Administração**. V. 14, n. 34, p. 155-168, dez 2012. Disponível em <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/2175-8077.2012v14n34p155/23433>>. Acesso em 20 dez. 2020.

SILVA, T., G. **Representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva**. Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2021. Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/220532/PNFR1191-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>>. Acesso em 20 mar. 2021.

SLOMP J.H., et al. Mágica ou magia? Colegiados gestores no Sistema Único de Saúde e mudanças nos modos de cuidar. **Interface** (Botucatu). 2019; 23: e170395. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.170395>>. Acesso em: 13 abr. 2022.

SNELL, S.; BOHLANDER, G. **Administração de Recursos Humanos**. Cengage Learning, 2010.

SORTEADOR. **Sorteador.com.br**. Belo Horizonte, 2021. Disponível em <<https://sorteador.com.br/>>. Acesso em 12 abr. 2021.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 911-918, Jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 mar. 2021.

STEPHAN-SOUZA, A.; et al. Uma Contribuição Interdisciplinar ao Estudo da Regionalização em Saúde: a Assistência de Média e Alta Complexidade na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. **Libertas**: v. 6 n. ½ (2006). Disponível em <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18147>>. Acesso em 20 dez. 2020.

TEIXEIRA, T. A.; ABBADE, E. B. Modelos de gestão aplicados a instituições hospitalares da região central do Rio Grande do Sul. **Disciplinarum Scientia**. Série: Sociais Aplicadas, Santa Maria, v. 13, n. 1, p. 1-22, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumSA/article/view/2884>>. Acesso em 26 abr. 2022.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Isso. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 set. 2020.

VENDEMIATTI, M.; et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência e Saúde Coletiva** 2010, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1301-1314. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700039&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 20 dez. 2020.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008; 24(6):1239-50. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/05.pdf>>. Acesso em 5 fev. 2022.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 290 p.

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Penso, 2016.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) senhor(a),

Eu, Larissa Lucas Rocha, mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, estou desenvolvendo uma pesquisa sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Kênia Lara da Silva, com finalidade acadêmica, em prol da produção científica, cujo título é: “Modelo de Gestão Hospitalar: estudo de caso do Hospital Risoleta Tolentino Neves”.

Sabe-se que a manutenção de uma proposta inovadora de gestão hospitalar é atravessada por múltiplos interesses, atores e momentos que determinam o modo como a instituição vai operar seus processos na relação interna e externa. É importante considerar ainda que os ciclos de mudança que perpassam qualquer instituição podem interferir nos processos de trabalho imprimindo diferentes formas de gerir um hospital.

O objetivo da pesquisa é analisar o modelo de gestão do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) na perspectiva dos coordenadores. Para isso, você está sendo convidado(a) a participar deste estudo por ser um coordenador das áreas assistenciais ou administrativas do HRTN. Gostaríamos de contar com a sua colaboração neste estudo participando de uma entrevista individual que será gravada. Além da entrevista, a pesquisa vai realizar a análise de alguns documentos da instituição, tais como manuais, a exemplo do de ética e conduta, estatutos, planejamento estratégico institucional, regimento interno, organograma da instituição e projeto gestão por competências.

Quanto aos benefícios, espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para minimizar os obstáculos que dificultam a manutenção de modelos inovadores de gestão hospitalar; produzir evidências científicas que possam subsidiar o avanço do planejamento e implementação de práticas colaborativas que favoreçam a atenção ao paciente; fomentar programas formativos para apreensão de conhecimentos e habilidades próprias da gestão e promover momentos de reflexão dos participantes da pesquisa sobre a temática em estudo, por meio da entrevista semi-estruturada.

A participação é voluntária e você terá liberdade para desistir durante o processo de coleta de dados, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Além disso, é garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Você terá o direito de se expressar livremente, com a garantia de que nenhuma informação que oferecer será usada contra você ou para outro fim que não seja a produção técnico-científica do conhecimento. Serão garantidos o anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e após a realização da pesquisa. As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo dos participantes, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiros. As informações estarão seguras e serão guardadas pela pesquisadora por um período de 5 anos, na sala 508 da Escola de Enfermagem. Após esse período todo o material será inutilizado. Você não terá qualquer tipo de despesa e não receberá nenhuma vantagem financeira para participar nesta pesquisa. Sobre os riscos relacionados a esta pesquisa, eles estão relacionados à existência de um possível desconforto de responder a questões relacionadas à temática do estudo. Caso, sinta algum desconforto você deverá comunicar imediatamente à pesquisadora para que possamos interromper a entrevista.

A entrevista presencial ocorrerá em local de sua escolha e, devido à pandemia da covid-19, serão respeitadas as recomendações sanitárias de distanciamento, uso de máscaras, que serão

disponibilizadas pela pesquisadora, e higienização das mãos com álcool em gel, também ofertado pela pesquisadora.

O tempo estimado para a entrevista será de 40 minutos. A entrevista será gravada em formato de áudio para posterior transcrição das informações na íntegra. Ressaltamos que o material será de uso exclusivo para esta pesquisa. Você também receberá uma via da entrevista transcrita para que possa confirmar as informações prestadas.

Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora e/ou pesquisadora responsável pelo estudo, poderá fazê-lo pelos telefones ou pelos *e-mails* que constam a seguir:

Pesquisadora: Larissa Lucas Rocha – Escola de Enfermagem da UFMG – Av. Alfredo Balena, 190, 5º andar - Sala 508 / Campus Saúde Belo Horizonte, MG/ CEP 30130-100. Fone: (31) 3409-9871 / (31) 98737-6443. *E-mail:* larissarocha.lr@gmail.com.

Pesquisadora Responsável: Prof.ª Dr.ª Kênia Lara da Silva – Escola de Enfermagem da UFMG – Av. Alfredo Balena, 190, 5º andar - Sala 508 / Campus Saúde Belo Horizonte, MG/ CEP 30130-100. Fone: (31) 3409-9871 / (31) 99621-0111. *E-mail:* kenialara17@gmail.com.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG analisou e aprovou o projeto. Dúvidas éticas poderão ser sanadas pelo telefone e e-mail a seguir:

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – Av. Antônio Carlos, 6.627 - Unidade Administrativa II - 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – CEP: 31270-901. Fone: (31) 3409-4592 / *E-mail:* coep@prpq.ufmg.br.

Solicitamos o seu consentimento e agradecemos a sua participação.

Atenciosamente,

Larissa Lucas Rocha
(Pesquisadora)

Prof.ª Dr.ª Kênia Lara da Silva
(Pesquisadora responsável)

Eu, _____, RG _____, concordo em participar do estudo como informante. Estou ciente de que este seguirá as orientações do Conselho Nacional de Saúde, expressas nas Resoluções 466/2012 do Ministério da Saúde que trata de pesquisas com seres humanos e 510/2016 do Ministério da Saúde que reconhece as especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Fui orientado e esclarecido pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, os direitos de receber qualquer outro esclarecimento necessário, de retirar o consentimento a qualquer momento, deixar de participar do estudo e de não ser identificado, além de ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade. Declaro, ainda, que estou ciente do endereço e formas de contato com a pesquisadora e pesquisadora responsável pelo estudo, caso desejar esclarecer qualquer dúvida. Afirmando ter assinado este documento em duas vias e recebido uma via.

Assinatura do participante: _____

Local e data: _____

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semi-estruturado

Data ___/___/___

Número da entrevista: _____

Dados do participante:

Identificação (iniciais do nome): _____

Formação profissional: _____

Tempo de experiência enquanto coordenador(a): _____

Tempo de atuação na instituição: _____

Tempo em que ocupa o cargo de coordenação na instituição: _____

Perguntas norteadoras:

1. O que você entende por modelo de gestão? Explique, por favor.
 - Como você faz a gestão do setor e da equipe?
 - Quais estratégias de comunicação você utiliza junto da equipe?
 - Como você lida com problemas, situações de crise, reclamações ou conflitos na equipe?
 - Como funciona a avaliação e/ou *feedback* para os trabalhadores da equipe da qual você coordena?
2. Como você percebe o modelo de gestão/forma de gerir do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN)? Descreva, por favor.
 - Como você percebe este modelo de gestão/forma de gerir do hospital ao longo do tempo?
 - Sobre o modelo de gestão/forma de gerir do hospital, o que mudou, na sua percepção?
3. Quais os fatores facilitadores e dificultadores do modelo de gestão/forma de gerir do HRTN?
 - O que você mudaria em relação em relação ao modelo de gestão/forma de gerir do hospital?

APÊNDICE C – Parte do instrumento elaborado para organizar o mapeamento dos documentos analisados

Análise documental		
NOME	DATA DO DOCUMENTO	TRECHOS EXTRAÍDOS
Manual de Conduta e Ética (MCE)	2021	<p>Seu conteúdo foi elaborado pela Diretoria, por líderes e trabalhadores que contribuíram ativamente a partir de uma consulta interna, fazendo jus à construção coletiva valorizada nesta Instituição.</p> <p>As lideranças, enquanto representantes do Hospital, exercem papel importante como fontes de disseminação das informações aqui contidas, para esclarecimento de dúvidas e garantia do cumprimento deste Manual. Além de serem referências quanto às diretrizes institucionais, compete também às lideranças:</p> <p>Ser exemplo e disseminar os princípios éticos aplicáveis nos relacionamentos internos e externos sob sua responsabilidade;</p> <p>Assegurar o cumprimento dos processos e procedimentos de sua área de responsabilidade dentro dos padrões éticos exigidos;</p> <p>Orientar a equipe sobre situações que possam causar violações a este Manual.</p> <p>Diante de situações atípicas que não estejam previstas neste documento, o caminho será o diálogo com a sua liderança e com a área de Gestão de Pessoas.</p> <p>Valores: Gestão Ética e Transparente</p> <p>Para a manutenção do ambiente de trabalho respeitoso, saudável e adequado ao cumprimento da missão do Hospital Risoleta, todos devem:</p> <p>Atuar de forma participativa e compartilhada;</p> <p>Desenvolver o bom relacionamento e a integração entre os setores, por meio de uma atuação coletiva e compartilhada;</p> <p>Comunicar previamente à liderança imediata, com antecedência mínima prevista em portaria vigente, sobre a impossibilidade do comparecimento ao trabalho para que não haja prejuízo das atividades do setor;</p> <p>Garantir o direito de discordância das práticas ou políticas adotadas pela Instituição, devendo o profissional apresentar e discutir de forma respeitosa suas ideias com a liderança imediata</p> <p>O Hospital Risoleta valoriza e estimula o diálogo como forma de impedir a estagnação, encorajando a criatividade e o não-conformismo. As críticas feitas às claras e pelos canais de comunicação adequados são bem-vindas.</p> <p>O Hospital Risoleta e seus trabalhadores se comprometem a:</p> <p>Evitar comentários pessoais sobre colegas da equipe ou eventos ocorridos no ambiente de trabalho na presença dos usuários. Essas situações devem ser tratadas em local apropriado e com as pessoas envolvidas e suas lideranças.</p> <p>Todos os trabalhadores do Hospital Risoleta devem:</p> <p>Comunicar à liderança imediata qualquer utilização indevida ou danos, intencionais ou não, aos bens da Instituição.</p> <p>Do conflito de interesses:</p> <p>Potenciais conflitos de interesses devem ser informados imediatamente ao superior hierárquico ou à Gestão de Pessoas, que levará o assunto à Direção do Hospital Risoleta.</p> <p>Presentes, brindes, vantagens e favores:</p> <p>Caso recebam qualquer convite de fornecedores, parceiros ou prestadores de serviços para eventos, feiras ou congressos, devem informar ao seu superior hierárquico, que direcionará o caso para avaliação da Diretoria.</p> <p>Palestras e eventos:</p> <p>Caso o trabalhador seja convidado a participar de palestras e eventos em nome do Hospital Risoleta, será necessária a autorização prévia da liderança imediata e da Diretoria para expor qualquer informação ou <i>case</i> da Instituição.</p>
Planejamento Estratégico (PE) 2016/2020	2016	<p>Fraquezas:</p> <p>Desperdício dos recursos e falta de zelo com o bem público</p> <p>Alto absenteísmo, rotatividade e dificuldade de retenção dos profissionais</p> <p>Diferenças no cumprimento de regras e aplicação de penalidades de acordo com as diferentes categorias profissionais</p> <p>Falta de formação continuada de lideranças e profissionais</p> <p>Segurança de usuários, trabalhadores e da informação</p> <p>Insuficiência da divulgação da imagem institucional</p> <p>Ausência de planos de cargos e salários</p> <p>Fragilidade no modelo de Gestão democrática, aberta, participativa e transparente</p> <p>Ameaças:</p> <p>Instabilidade/insuficiência orçamentária</p> <p>Instabilidade política nos três níveis gestores e na universidade</p> <p>Fragilidade da rede urgência/emergência no cumprimento da grade e na regulação Fragilidade dos sistemas locais de saúde de BH</p> <p>Dificuldade na gestão de pessoas decorrente da contratação por concurso público</p> <p>Enfrentamento cotidiano da violência</p> <p>Inadequação e insuficiência da estrutura física</p> <p>Visão 2016/2020 para o item aprendizagem/crescimento:</p> <p>Institucionalizar e garantir um modelo de gestão democrática com a participação dos profissionais</p> <p>Promover a qualificação técnica e científica das pessoas para atuação institucional e inserção no trabalho multiprofissional</p> <p>Formar e desenvolver lideranças como estratégia para o aprimoramento institucional</p> <p>Desenvolver estratégias para produção, organização e compartilhamento seguro das informações</p> <p>Visão 2016/2020 geral:</p> <p>Inovar nas práticas de gestão ensino e pesquisa para alcançar excelência, fortalecendo a integração com a sociedade por meio do trabalho em rede</p> <p>Visão geral 2010/2015 geral:</p> <p>Ser referência em urgência e emergência no âmbito da assistência, gestão, ensino e pesquisa, contribuindo efetivamente para a organização da rede de cuidados do SUS</p> <p>Valores 2016/2020:</p> <p>Inclui gestão ética transparente</p> <p>Valores 2010/2015:</p> <p>Inclui transparência e democracia na gestão</p>

APÊNDICE D – Parte do instrumento elaborado para organizar a codificação dos documentos por trecho

LEGENDA	MCE- Manual de Conduta e Ética	PE 2016- Planejamento Estratégico 2016	PE 2020- Planejamento Estratégico 2020	GC- Gestão por Competências (Cartilha)
	SITE- Site Risoleta	RI- Regimento Interno		
Código	Trecho			
MCE- 13	O Hospital Risoleta e seus trabalhadores se comprometem a evitar comentários pessoais sobre colegas da equipe ou eventos ocorridos no ambiente de trabalho na presença dos usuários. Essas situações devem ser tratadas em local apropriado e com as pessoas envolvidas e suas lideranças			
MCE- 14	Potenciais conflitos de interesses devem ser informados imediatamente ao superior hierárquico ou à Gestão de Pessoas, que levará o assunto à Direção do Hospital Risoleta			
PE 2016- 1	Fraquezas: desperdício dos recursos e falta de zelo com o bem público			
PE 2016- 10	Ameaças: instabilidade política nos três níveis gestores e na universidade			
PE 2016- 12	Ameaças: dificuldade na gestão de pessoas decorrente da contratação por concurso público			
PE 2016- 13	Ameaças: inadequação e insuficiência da estrutura física			
GC- 13	Para que servem os modelos de Gestão de Pessoas por Competências? Planejar, captar, desenvolver e avaliar, nos diferentes níveis da instituição (individual, grupal e institucional), as competências necessárias à consecução de seus objetivos			
GC- 14	Quais são os principais objetivos do modelo de Gestão de Pessoas por Competências? Contribuir para a concretização dos objetivos estratégicos			
GC- 15	Quais são os principais objetivos do modelo de Gestão de Pessoas por Competências? Definir e comunicar as competências aos trabalhadores			
GC- 26	Out/2020: reestruturação das unidades que compõem a Gerência de Gestão de Pessoas para dar suporte às lideranças e aos trabalhadores			
SITE -1	O Risoleta vem trabalhando para consolidar um modelo de gestão participativa, cujo principal objetivo é o de promover um processo de democratização institucional, incorporando o conjunto dos atores (trabalhadores e usuários) na gestão e nos processos decisórios da Instituição			
SITE -10	As ferramentas de gestão auxiliam nos processos de trabalho, aprimoram os fluxos e trazem benefícios para as equipes e para o serviço prestado à população. No Risoleta, essas ferramentas seguem os preceitos do Planejamento Estratégico do Hospital e promovem resultados expressivos, no ambiente, nos trabalhadores e no atendimento aos usuários. Lean nas Emergências, NIR e DRG			
RI - 1	Tem por objetivo definir o modelo assistencial de gestão, ensino e pesquisa, bem como a estruturação dos serviços para funcionamento pleno do HRTN, de acordo com as diretrizes do SUS e segundo os eixos orientadores da administração da UFMG e da FUNDEP			
RI - 10	Compete aos coordenadores do Pronto Socorro e das Linhas de Cuidado: participar conjuntamente com o coordenação do NEPE das definições e acompanhamento do modelo de ensino do HRTN			
RI - 11	Compete aos coordenadores do Pronto Socorro e das Linhas de Cuidado: articipar conjuntamente com as equipes da elaboração de protocolos, das reuniões clínicas e do processo assistencial			

APÊNDICE E – Parte do instrumento elaborado para fazer a aproximação dos trechos dos documentos por similaridade

CATEGORIAS			
1- Definição do modelo de gestão no Risoleta (inclui valores defendidos)	MCE- 1	Seu conteúdo foi elaborado pela Diretoria, por líderes e trabalhadores que contribuíram ativamente a partir de uma consulta interna, fazendo jus à construção coletiva valorizada nesta Instituição	
	MCE- 7	Valores: gestão ética e transparente	
	MCE- 8	Para a manutenção do ambiente de trabalho respeitoso, saudável e adequado ao cumprimento da missão do Hospital Risoleta, todos devem: atuar de forma participativa e compartilhada	
	MCE- 9	Para a manutenção do ambiente de trabalho respeitoso, saudável e adequado ao cumprimento da missão do Hospital Risoleta, todos devem: desenvolver o bom relacionamento e a integração entre os setores, por meio de uma atuação coletiva e compartilhada	
	MCE- 10	Para a manutenção do ambiente de trabalho respeitoso, saudável e adequado ao cumprimento da missão do Hospital Risoleta, todos devem: comunicar previamente à liderança imediata, com antecedência mínima prevista em portaria vigente, sobre a impossibilidade do comparecimento ao trabalho para que não haja prejuízo das atividades do setor	
	MCE- 11	Para a manutenção do ambiente de trabalho respeitoso, saudável e adequado ao cumprimento da missão do Hospital Risoleta, todos devem: garantir o direito de discordância das práticas ou políticas adotadas pela Instituição, devendo o profissional apresentar e discutir, de forma respeitosa, suas ideias com a liderança imediata	
	PE 2016- 1	Fraquezas: desperdício dos recursos e falta de zelo com o bem público	
	PE 2016- 2	Fraquezas: alto absenteísmo, rotatividade e dificuldade de retenção dos profissionais	
	PE 2016- 3	Fraquezas: diferenças no cumprimento de regras e aplicação de penalidades de acordo com as diferentes categorias profissionais	
	PE 2016- 4	Fraquezas: falta de formação continuada de lideranças e profissionais	
	PE 2016- 5	Fraquezas: segurança de usuários, trabalhadores e da informação	
	PE 2016- 6	Fraquezas: insuficiência da divulgação da imagem institucional	
	PE 2016- 7	Fraquezas: ausência de planos de cargos e salários	
	PE 2016- 8	Fraquezas: fragilidade no modelo de gestão democrática, aberta, participativa e transparente	
	PE 2016- 9	Ameaças: instabilidade/insuficiência orçamentária	
	PE 2016- 10	Ameaças: instabilidade política nos três níveis gestores e na universidade	
	2- Estratégias de gestão no Risoleta	MCE- 6	Diante de situações atípicas que não estejam previstas neste documento, o caminho será o diálogo com a sua liderança e com a área de Gestão de Pessoas
		MCE- 12	O Hospital Risoleta valoriza e estimula o diálogo como forma de impedir a estagnação, encorajando a criatividade e o não-conformismo. As críticas feitas às claras e pelos canais de comunicação adequados são bem-vindas
		PE 2020- 1	O Risoleta realizou seu Planejamento Estratégico em 2016 e, nos anos seguintes, foi feita a atualização do mesmo que se constitui hoje como referência para os trabalhadores e coordenadores direcionarem suas ações, compromissos e metas estratégicas
PE 2020- 2		O Planejamento Estratégico foi orientado por Diretrizes Institucionais: sustentabilidade	
PE 2020- 3		O Planejamento Estratégico foi orientado por Diretrizes Institucionais: governança e compliance	
PE 2020- 4		O Planejamento Estratégico foi orientado por Diretrizes Institucionais: inovação institucional	
PE 2020- 5		O Planejamento Estratégico foi orientado por Diretrizes Institucionais: aperfeiçoamento assistencial com ênfase na segurança, qualidade e sustentabilidade	
PE 2020- 6		O Planejamento Estratégico foi orientado por Diretrizes Institucionais: ensino, pesquisa e extensão com ênfase no trabalho multiprofissional	
PE 2020- 7		O Planejamento Estratégico foi orientado por Diretrizes Institucionais: gestão democrática com canais de escuta eficientes e transparentes	
PE 2020- 8		O Planejamento Estratégico foi orientado por Diretrizes Institucionais: comunicação interna e externa cotidiana e efetiva	
PE 2020- 9		O Planejamento Estratégico foi orientado por Diretrizes Institucionais: desenvolvimento das lideranças	
PE 2020- 10		O Planejamento Estratégico foi orientado por Diretrizes Institucionais: educação permanente permeando o conjunto dos serviços e linhas de cuidado	
PE 2020- 11		Em fevereiro de 2020, foi realizado um Seminário com cerca de 60 líderes para alinhar avanços, desafios e rever a rota para o alcance dos melhores resultados	
PE 2020- 12		Objetivo estratégico 1: garantir a sustentabilidade institucional - IMPLANTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GOVERNANÇA E COMPLIANCE: estruturar a gestão, com competências e alçadas estabelecidas e divulgadas	
PE 2020- 13		Objetivo estratégico 1: garantir a sustentabilidade institucional - IMPLANTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GOVERNANÇA E COMPLIANCE: elaborar Código de Ética e Conduta	
PE 2020- 14		Objetivo estratégico 1: garantir a sustentabilidade institucional - IMPLANTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GOVERNANÇA E COMPLIANCE: elaborar Código de relacionamento com fornecedor	
PE 2020- 15		Objetivo estratégico 1: garantir a sustentabilidade institucional - IMPLANTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GOVERNANÇA E COMPLIANCE: elaborar regimento interno	
PE 2020- 16	Objetivo estratégico 1: garantir a sustentabilidade institucional - IMPLANTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GOVERNANÇA E COMPLIANCE: definir a metodologia de prestação de contas		

APÊNDICE F – Parte do instrumento elaborado para fazer o mapeamento e codificação das entrevistas por trecho diferenciado por cor

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	
PERGUNTA DE PESQUISA: como se configura o modelo de gestão do Hospital Risoleta Tolentino Neves? Quais os elementos intervenientes no modelo de gestão?	
OBJETIVO: analisar a configuração do modelo de gestão do Hospital Risoleta Tolentino Neves na perspectiva dos coordenadores.	
Entrevistado (E)	TRECHOS IMPORTANTES EXTRAÍDOS DAS ENTREVISTAS
E9 (8 itens)	<p>1- É difícil explicar. Modelo de gestão é como se fosse o fluxograma do que a gente tem que fazer, quais são as atribuições de cada gestor e as atividades que ele tem que desempenhar tanto com relação aos subordinados dele como com relação às outras coordenações, com as outras áreas que estão em interseção dentro da área de trabalho dele.</p> <p>2- Eu acho que é uma gestão bem participativa, tem muito colegiado e isso é muito interessante. Todas as decisões, pelo menos as de que eu tenho participado, não todas, mas a grande maioria delas - a não ser aquelas que sejam coisas de função direta da diretoria, que são demandas deles -, de um modo geral, as pessoas discutem, são todas colegiadas e eu acho isso bem interessante.</p> <p>3- Mudou. Cada vez mais, está ficando mais colegiado. A diretoria nos solicita que a gente fortaleça os nossos colegiados, que a gente crie os nossos colegiados (quem ainda não tem) e fortaleça aqueles que já tem, justamente para tentar abarcar o maior número de informações possíveis para melhorar a gestão.</p> <p>4- Eu tenho muito pouco tempo de carga-horária no hospital, a minha carga-horária é de só 12 horas para fazer uma gestão de uma coisa que não é pequena, que é o ensino e a pesquisa no hospital inteiro. Eu faço a coisa mais "fina". O trabalho do dia a dia mesmo quem faz é a minha assessora. O gerenciamento de escala de trabalho, de férias, tudo quem faz é ela, eu fico mais com a parte de organização mesmo do que com a parte administrativa propriamente dita.</p> <p>5- Na minha equipe, uma fragilidade que a gente viu é que as conversas são muito informais, as reuniões são informais, muitas vezes elas não são documentáveis. A gente documenta muito pouco as nossas conversas. Se eu preciso divulgar alguma coisa do meu setor, eu peço para a ASCOM e eles divulgam para mim, mas dentro não é uma coisa muito bem estabelecida, a gente precisa melhorar.</p> <p>6- A gente faz, a gente conversa, a gente dá feedback, mas é uma coisa não documentada, então é difícil de te falar assim: "melhorou" ou "não melhorou", porque não tem documentação nem nada, então é falho.</p> <p>7- O modelo de gestão compartilhada, de gestão colegiada, dificulta muito as reuniões, porque fica aberto demais. Eu acho que a democracia tem que existir, mas ela não pode ser a coisa mais importante de tudo, porque às vezes você vai fazer uma reunião e ela vira fofoca, vira confusão, fica um bate-papo. Eu acho que tem que saber quem são as pessoas que representam determinadas categorias, determinados setores. As coisas têm que ser colegiadas, mas elas têm que ser limitadas, elas não podem ser um número ilimitado de participantes, porque senão eu não consigo tomar decisão nenhuma. O mais difícil das decisões colegiadas é que as decisões têm que ser colegiadas, todo mundo tem que escutar, tem que falar. Se você abre demais, fica uma coisa muito ampla e você não consegue formar um consenso, porque fica muito heterogêneo. porque se cada um vier, a gente não consegue chegar a um denominador comum de jeito nenhum. Aqui no Risoleta, especificamente, o hospital é pequeno, as pessoas se conhecem, então a multiplicação de informações é muito rápida, as equipes e as pessoas se conhecem bem. Eu acho que, no Risoleta, isso é um facilitador, a proximidade que as pessoas têm, até a proximidade dos gestores do hospital com os trabalhadores, isso facilita.</p> <p>8- Eu acho que o modelo de gestão é importante, mas ele depende da participação da pessoa no colegiado. A gente tem que procurar uma forma de fortalecer, mas não sei como a gente pode fazer isso, se através de premiação [uma folga, um descanso, um bônus], porque quando tem um retorno pessoal, as pessoas participam mais das coisas. A partir do momento em que você tem alguma instância colegiada, em que você tem que ter um número X, pelo menos a metade dos participantes concordando com as decisões, e você tem lá o aceite de 20 pessoas, mas somente cinco vão à reunião, ou seja, tem cinco pessoas para decidir o que 20 deveriam decidir, é muito cruel, complicado. Geralmente são poucas pessoas que vão às reuniões e, geralmente, as pessoas que vão a todas as reuniões são pessoas que estão aliadas à diretoria, a algum cargo de gestão, porque têm que ir, é obrigatório eles irem, e muitas vezes o trabalhador, que não tem esse bônus, que tem que largar o trabalho para participar, não vai e não fica uma decisão colegiada no final. O modelo é colegiado, mas a decisão não é colegiada.</p>
E3 (8 itens)	<p>1- entendo como modelo de gestão a linha de condução que uma instituição é [...] apropriada pra si para conduzir os processos de trabalho dela... né? Os níveis hierárquicos... eu entendo como um conjunto de atividades relacionadas à gestão a diretiva que ela vai seguir.</p> <p>2- a gente tem colegiados específicos, né? Para cada uma das diretorias, e tem o colegiado ampliado, que também é uma outra forma descentralizada de atuação, de modelo de gestão dentro do hospital, né? Então as questões estratégicas são pontuadas mais no corpo da diretoria do hospital, né? E são repassadas [silêncio], repassadas não [retração] discutidas, né? E contratuadas com as coordenações e com as áreas através dos colegiados.</p> <p>3- eu acho [hesitação] que a gente consegue ver algumas mudanças e transições de um modo geral no modelo de gestão do hospital como um todo, né? a gente tem uma certa dificuldade nas constâncias das ações, sabe assim, principalmente relacionadas a gestão, de um modo geral [...] planejamento estratégico, então, por exemplo, quando eu cheguei aqui, não se falava muito em planejamento estratégico. Então, na gestão anterior, a gente fez um modelo de planejamento estratégico da instituição, mas a gente nunca consegue desdobrar isso da parte de coordenação, de um nível hierárquico mais alto para as áreas especificamente, né? E isso é uma realidade que é uma constante. Da primeira vez a gente teve essa dificuldade e agora recentemente também. Apesar de que de um modo não formal, não instituído entre a coordenação, dizer para as pessoas o que está sendo praticado, muito das coisas que foram postas no planejamento, tem sido executadas. Mas eu acho [hesitação] que falta essa costura, sabe, do que de fato está acontecendo na instituição.</p> <p>4- Assim, as nossas decisões são colegiadas com a diretoria, mais especificamente com a Diretoria Geral, né? do que é posto para a Qualidade, as decisões são tomadas de modo colegiado. A gente faz uma proposta de trabalho, uma proposta de atuação, discute e com a chancela a gente executa ou não, né?</p> <p>5- A gente até [...] como a gente é muito pequeno, a gente acaba não criando espaço formal para fazer discussão dos processos de trabalho da Qualidade, do nosso setor como um todo. E aí, até muito impulsionado pelo processo de gestão por competências, no processo de avaliação, isso me chamou um pouco a atenção, sabe, assim sobre a necessidade de tirar um espaço para a gente fazer um processo de discussão mais qualificado sobre a nossa atuação.</p> <p>6- eu informo tudo que tem acontecido no hospital, dentro de um escopo da minha governabilidade do que é posto nas reuniões, por exemplo, de colegiados. E normalmente eu aproveito esses espaços, da reunião mensal para fazer esses informes. existia uma relação quase que de, como se eu fosse informalmente a coordenação, como se eu fosse não chancelada, não formalizada, mas existia esse papel. E no começo isso era muito tranquilo. Mas assim, à medida que foi avançando, a gente teve muito conflito em virtude disso. Por quê? Porque é muito difícil você gerenciar ou você tomar decisão, quando não tem uma pessoa que é responsável por aquilo. Porque por mais que você delegue, por mais que você tenha uma discussão mais aberta, mais de construção mesmo um com o outro, inevitavelmente em algumas situações tem conflito, tem pensamento diferente né? Numa mesma forma de atuação. E não tem certo e nem errado, só que aí são duas pessoas e quem é que vai dizer o que tem que ser feito? Ou como que aquilo tem que ser feito? porque a diretoria não tem tempo de se ocupar, os diretores não têm tempo de se ocupar sobre o planejamento de um setor específico, né? Então por isso que precisa ter uma coordenação para fazer uma proposição e fazer essa discussão que eu falei mais cedo, né? na última reunião que a gente fez, elas pontuaram como positiva para esse ano a definição de uma coordenação, que elas acham que mudou um pouco a percepção a respeito do setor do hospital como um todo, entendeu?</p> <p>7- com a experiência do tempo de casa, a gente vai tentando colocar as questões de uma forma em que não gere mais conflito. E o que a gente vê na prática é que a prática que a gente está implementando ou solicitando implementação, ou uma rotina padronizada que a gente coloca como uma tarefa para as coordenações, e não tem a entrega, a gente tenta fazer essa conversa com eles, assim [...] o máximo possível, mas nós precisamos começar a repassar e reportar isso para frente, para a diretoria. Então a gente precisa colocar mais isso em pauta, na mesa, esses problemas que a gente tem, e assim, claro que fazendo a administração daquilo que a gente consegue fazer entre as coordenações, mas o que não for, reportar à assessora ou à diretoria para eles compreenderem quais são as dificuldades que a gente tem e ajudar a melhorar.</p> <p>8- Facilitador eu acredito que sejam as relações estabelecidas aqui. As pessoas nos recebem de um modo, muito tranquilo. Apesar de ser contraditório, né? Porque uma coisa é eu ter o acesso, a outra coisa é a pessoa aderir a isso que eu estou dizendo. Então do ponto de vista do acesso, eu acho [hesitação] que é um facilitador das relações. Mas é também [...] o mais dificultador para mim [...] é assim [silêncio] porque eu acho [hesitação] que a gente tem muitas pessoas estratégicas e muitas comissões, projetos diferentes. Por exemplo, são sempre as mesmas pessoas em processos diferentes, entende o que eu quero dizer? Eu acho [hesitação] que as pessoas acumulam muita função e existe uma dificuldade de descentralização. acho que a gente precisa começar a identificar aquelas lideranças informais que a gente tem na instituição e empoderar elas, sabe, para que a gente consiga descentralizar isso, essas questões relacionadas a gestão e que a gente consiga andar mais um pouco com as pessoas no hospital. É uma questão importante também até do ponto de vista da substituição, sabe, porque eu acho que se não tivermos ninguém com esse nível na instituição. Por exemplo, cada alguém um dia tem uma outra</p>

APÊNDICE G – Parte do instrumento de elaborado para fazer a aproximação dos trechos das entrevistas por similaridade

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS - CATEGORIA MODELO DE GESTÃO	
PERGUNTA DE PESQUISA: como se configura o modelo de gestão do Hospital Risoleta Tolentino Neves? Quais os elementos intervenientes no modelo de gestão?	
OBJETIVO: analisar a configuração do modelo de gestão do Hospital Risoleta Tolentino Neves na perspectiva dos coordenadores.	
Código	Trecho da entrevista
E1	Pergunta difícil né? [risos]. Modelo de gestão deve ser a forma como uma instituição trabalha, do ponto de vista hierárquico e integrativo pra resolatividade dos problemas e qualificação das pessoas. Deve ter uma forma de a gente aprender que não seja a forma como tá sendo atualmente colocada no Risoleta. Eu acho que ela tá melhor, assim. Precisa de uma maior integração e precisa que todos nós, não só, gestores gerentes, gestores coordenadores, gestores funcionários, que seriam né? Todo mundo faz parte da gestão.
E2	Modelo de gestão é... assim... normalmente, a instituição é que vai propor isso, né...é... igual os dois modelos de gestão que eu participei, que foram dessas duas experiências, são de linha de cuidado... é... esse modelo, ele coloca de uma forma... é... horizontal né, o cuidado. Porque é meio que encrustado, assim... está implícito o que é que é pra fazer.
E3	Entendo como modelo de gestão a linha de condução que uma instituição é [...] apropriada pra si para conduzir os processos de trabalho dela... né? Os níveis hierárquicos... eu entendo como um conjunto de atividades relacionadas a gestão a diretrix que ela vai seguir. A gente tem colegiados específicos, né? Para cada uma das diretorias, e tem o colegiado ampliado, que também é uma outra forma descentralizada de atuação, de modelo de gestão dentro do hospital, né? Então as questões estratégicas são pontuadas mais no corpo da diretoria do hospital, né? E são repassadas [silêncio], repassadas não [retratação] discutidas, né? E contratualizadas com as coordenações e com as áreas através dos colegiados. Assim, as nossas decisões são colegiadas com a diretoria, mais especificamente com a Diretoria Geral, né? Do que é posto para a XXX, as decisões são tomadas de modo colegiado. A gente faz uma proposta de trabalho, uma proposta de atuação, discute e com a chancela a gente executa ou não, né? Eu acho [hesitação] que a gente consegue ver algumas mudanças e transições de um modo geral no modelo de gestão do hospital como um todo, né?
ANÁLISE DAS ENTREVISTAS - CATEGORIA APRIMORAMENTO DA GESTÃO	
PERGUNTA DE PESQUISA: como se configura o modelo de gestão do Hospital Risoleta Tolentino Neves? Quais os elementos intervenientes no modelo de gestão?	
OBJETIVO: analisar a configuração do modelo de gestão do Hospital Risoleta Tolentino Neves na perspectiva dos coordenadores.	
E4	Mas a partir de um determinado momento, talvez [...] não lembro [...] só lembro de uma primeira reunião que a gente teve para definir objetivos, uma reunião grande que a gente fez lá na UFMG, que eu pensei assim esse jeito [...] que juntou todo mundo, todas as coordenações, várias pessoas de vários setores [...] a gente discutiu tudo em mesas comuns [...] eu entendo que a partir dali foi tipo um upgrade, assim, no modelo de gestão, que eu acho que está cada vez melhorando mais.
E5	Eu percebo que a forma de conduzir os processos vem se aperfeiçoando. Quando a gente entrou aqui, era uma coisa muitooooo soltaaaaa, tudo muito solto, tudo muito liberado, informal. Eu percebo que as pessoas que foram agregando à instituição, as novas cabeças, elas profissionalizaram mesmo o que é o hospital hoje. Nos mínimos detalhes, eu percebo que hoje a instituição se profissionalizou mesmo, os processos estão mais formalizados. Uma coisa que a gente sempre falou é a questão da avaliação de desempenho dos trabalhadores, a gente está nesse processo agora. Eu acho que o nosso tempo de aprendizado talvez tenha sido muito grande, a nossa curva de aprendizagem foi muito grande, eu acho que a gente poderia ter feito isso há uns cinco, seis anos, porque já existiam ferramentas para isso, mas eu acho que os atores que estavam em cena naquela época não tinham essa disposição, condição de fazer acontecer.
E6	Eu acho que o Risoleta vem acertando muito, no sentido de ser transparente e trazer muitas informações para que a gente possa gerir pessoas, setores, cenários assistenciais. Eu acho que ele tem trabalhado nisso, mesmo, com investimento, comunicação, meio que subsidiando o nosso papel enquanto gestor.
ANÁLISE DAS ENTREVISTAS - CATEGORIA FACILITADORES	
PERGUNTA DE PESQUISA: como se configura o modelo de gestão do Hospital Risoleta Tolentino Neves? Quais os elementos intervenientes no modelo de gestão?	
OBJETIVO: analisar a configuração do modelo de gestão do Hospital Risoleta Tolentino Neves na perspectiva dos coordenadores.	
E7	Eu acho que um facilitador é o apoio da gestão, eu acho que a direção apoia muito, apoia a tomada de decisões, está sempre aberta para a gente poder fazer as discussões, trabalhar com as necessidades. Eu acho que esse é um ponto positivo.
E8	O Risoleta é um dos lugares mais acolhedores em que eu já trabalhei. Humanamente falando, claro, existem as contradições do dia a dia [retratação], mas aqui a sensação é de sermos uma família dentro de uma grande instituição. Do ponto de vista do acolhimento, do trabalho em equipe, do apoio mútuo, do clima, nós sabemos que nós temos muitos defeitos, mas eu passei por algumas instituições antes de vir para cá e nunca trabalhei num lugar tão acolhedor. Facilitadores: aproximação, comunicação, acesso. A diretoria tem um acesso significativo. Nós sabemos que eles não têm muito tempo para ficarem lá, acessando os trabalhadores, etc., mas eles dão essa liberdade para os trabalhadores fazerem esse acesso direto. Eu falei lá atrás que nós temos essa hierarquia, mas em alguns momentos isso entra numa horizontalidade, que é muito importante, muito bacana [retratação]. Tem uma questão aqui que me encanta. Vou falar da educação permanente. Essa questão de a diretoria defender, ver sentido na aprendizagem significativa, que é a possibilidade de aprender nesse cotidiano de trabalho, eu entendo que é um facilitador muito importante para o hospital, até por sermos SUS, por estarmos numa instituição hospitalar. Isso, dentro do Risoleta, é valorizado. Aqui, o nosso foco não é só na educação continuada, mas é um processo de transformação desse dia a dia. Isso eu vejo como um facilitador importante para o nosso cotidiano, porque é um dia a dia que nós não podemos falar que não é pesado. As pessoas vêm para cá dentro de um contexto de urgência, de emergência, de tristeza, de desamparo, de insegurança, etc. Essa troca de energia, em que eu acredito muito, também vai nos enfraquecendo no dia a dia e sem essa possibilidade da aprendizagem significativa, eu acho que seria pior.
E9	Aqui no Risoleta, especificamente, o hospital é pequeno, as pessoas se conhecem, então a multiplicação de informações é muito rápida, as equipes e as pessoas se conhecem bem. Eu acho que, no Risoleta, isso é um facilitador, a proximidade que as pessoas têm, até a proximidade dos gestores do hospital com os trabalhadores, isso facilita.
ANÁLISE DAS ENTREVISTAS - CATEGORIA DIFICULTADORES	
PERGUNTA DE PESQUISA: como se configura o modelo de gestão do Hospital Risoleta Tolentino Neves? Quais os elementos intervenientes no modelo de gestão?	
OBJETIVO: analisar a configuração do modelo de gestão do Hospital Risoleta Tolentino Neves na perspectiva dos coordenadores.	
E10	Eu tenho vários gaps nesse modelo de gestão e às vezes eu tenho a percepção de que outras pessoas também. Eu acho que talvez seja importante a direção, em algum momento, tornar bem claro qual é esse modelo de gestão, o que se pretende, onde se quer chegar.
E11	Eu acho que o que precisa melhorar é a comunicação entre os setores institucionais, eu acho que isso poderia melhorar. Os setores ainda não são integrados, unificados. Tem gente aqui que não conhece o setor do outro. Tem visões diferentes, ok, porque, de acordo com o seu serviço, você tem que ter uma visão, mas isso não é padronizado. Eu não conheço o serviço do Fulano, eu trabalho aqui isolada.
E12	Em alguns momentos, eu sinto que a gente é ouvido, mas algumas vezes eu acho que a gente leva alguns problemas e dificuldades que são interpretados de outra forma. Obviamente, o nosso objetivo principal aqui na instituição é a assistência. Eu sinto, às vezes, um pouco de dificuldade, porque às vezes é uma pressão muito grande em cima da coordenação porta aberta 24 horas e a gente esbarra em muitas dificuldades burocráticas, administrativas. Às vezes a gente tem a sensação de que a assistência tem que se adequar aos setores de apoio e não os setores de apoio trabalhar, facilitando para que a assistência aconteça. Isso às vezes é interpretado como uma questão pessoal, mas, obviamente, não é, é uma questão de garantir, no meu caso, um parto e um nascimento seguro dentro do hospital. Tem momentos colegiados em que a gente é escutado, mas muitas vezes a gente não é tão bem interpretado. Perda de muitos profissionais bons devido a localização geográfica do Risoleta e remuneração. Isso poderia ser o contrário, um atrativo para as pessoas permanecerem, porque em sua maioria gostam muito de trabalhar no hospital. Necessidade de mais reuniões entre as gerências e as coordenações, a exemplo da Enfermagem, para maior aproximação e conhecimento das diversas realidades que compõem o Risoleta. Esse modelo de gestão ainda não é muito claro para todo mundo. Percebo às vezes que falta um pouco de comunicação, de informação para as pessoas. Acho que falta, talvez, esse momento de, quando as pessoas entrarem, dizerem: "nós funcionamos assim, assim e assado".