

## Entre “feudos” e cogestão: paradoxos da autonomia em uma experiência de democratização da gestão no âmbito hospitalar

“Fiefdoms” and co-management: the paradox of autonomy in an experience of democratization of hospital management

Atila Mendes da Silva <sup>1</sup>  
Marilene de Castilho Sá <sup>1</sup>  
Lilian Miranda <sup>1</sup>

**Abstract** *This study aimed to analyze the implementation of Management Committees and Production Units in a hospital in Rio de Janeiro based on the views of the actors responsible for this process, focusing on the issue of autonomy of the subjects involved in care delivery. This case study adopted a qualitative clinical psychosociological research approach using mainly semi-structured interviews. The management arrangements were valued by the interviewees principally as a way of increasing worker commitment, since the inclusion of workers in the Management Committees is likely to widen decision-making capacity and, at the same time, make staff more committed to care delivery. On the other hand, workers mentioned resistance arising from a struggle to maintain the concentration of power within the professional categories, and the challenge of dealing with differing conflicts of interests. The study suggests that the Management Committees and Production Units should include possibilities of addressing conflicts and intersubjective processes to avoid becoming excessively idealized and ineffective spaces.*

**Key words** *Health Care/organization and Administration, Professional Autonomy, Hospital Administration*

**Resumo** *Objetivou-se analisar a implantação dos Colegiados Gestores (CGs) e Unidades de Produção (UPs) em um hospital do Rio de Janeiro, na perspectiva do discurso dos atores responsáveis por esse processo, focalizando a problemática da autonomia dos sujeitos implicados na produção do cuidado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem clínica-psicossociológica, realizada através de estudo de caso, apoiado sobretudo em entrevistas semiestruturadas. Estes arranjos de gestão foram valorizados pelos entrevistados, principalmente como um meio de amplificar o comprometimento dos trabalhadores, pois sua inclusão nos colegiados ampliaria sua capacidade decisória, concomitantemente os mobilizaria a se comprometerem mais com o cuidado prestado. Por outro lado, mencionam resistências advindas da luta pela manutenção da concentração de poder nas categorias profissionais, bem como o desafio de lidar com diferentes conflitos de interesses. Como principal conclusão, o estudo indica que os CGs e UPs devem incluir possibilidades de trabalho com os conflitos e os processos intersubjetivos, sob pena de tornarem-se espaços excessivamente idealizados e pouco eficazes.*

**Palavras-chave** *Assistência à saúde/organização & administração, Autonomia profissional, Administração hospitalar*

<sup>1</sup> Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. atilams1@yahoo.com.br

## Introdução

O presente trabalho trata da gestão do cuidado no contexto hospitalar, através da análise de dois arranjos de gestão voltados para a democratização das relações de trabalho e qualificação do cuidado: Unidades de Produção (UPs) e Colegiados Gestores (CGs).

Compreende-se que, tradicionalmente, a estrutura organizacional dos hospitais tende, por um lado, a reproduzir uma distribuição desigual de poder e, por outro, a reforçar a fragmentação do trabalho e dificultar a interdisciplinaridade<sup>1</sup>. Dessa forma, a criação das UPs tem como função reformular a divisão da organização, tendo por base as finalidades ou atividades fim de cada unidade e não mais as diferentes categorias profissionais.

Os CGs são instâncias coletivas de gestão que visam incluir a base da organização, ou seja, seus profissionais, nas decisões relativas ao funcionamento organizacional ou parte dele. Com a estruturação das UPs e seus respectivos CGs, busca-se envolver os trabalhadores na constituição de coletivos e na construção de identidades, mesmo que provisórias e parciais, afinadas com a finalidade do trabalho. As UPs seriam tanto um arranjo propiciador da formação desses coletivos, quanto produto desse esforço de trabalho coletivo<sup>1</sup>. Tais arranjos são propostos na Política Nacional de Humanização<sup>2,3</sup>, e discutidos no campo da saúde coletiva, tanto no âmbito teórico<sup>4-6</sup>, quanto no que diz respeito a suas experiências de implantação<sup>7-11</sup>.

Contudo, são apontados alguns desafios em experiências de implementação de CGs e UPs<sup>6-9</sup> mostrando um grande distanciamento entre as expectativas originais e o que de fato acontece em sua operacionalização, sobretudo no que diz respeito à democratização, já que esses espaços nem sempre são reconhecidos pelos trabalhadores como permeáveis à sua efetiva participação. Esta pressupõe que os profissionais sintam-se com condições técnicas, subjetivas e políticas para tanto e, ao mesmo tempo, impõe que haja permeabilidade para que tais condições sejam materializadas nos planos e tomadas de decisão conjuntas. Essa inter-relação entre recursos próprios aos sujeitos e condições político-institucionais para desenvolvê-los e utilizá-los diz respeito à autonomia. Comprendemos que a autonomia não é um valor ou condição absoluta, mas sempre relativa<sup>12</sup>, pressupondo, ao mesmo tempo, criatividade, liberdade, capacidade propositiva, de um lado e, de outro, capacidade de escuta,

respeito às diferenças, disponibilidade para o diálogo e para a pactuação. Assim, a autonomia é uma categoria nodal para compreender as possibilidades de construção de relações democráticas em tais espaços.

## Desenho do estudo e estratégias metodológicas

Este artigo tem como objetivo principal analisar a implantação dos CGs e UPs em um hospital do Rio de Janeiro, na perspectiva do discurso dos atores responsáveis por esse processo, focalizando a problemática da autonomia dos sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde. Os objetivos específicos são: compreender os objetivos e o processo de implementação dos CGs e UPs, seus possíveis desafios e êxitos; e, apreender o imaginário organizacional em torno dos sentidos de autonomia que informam/sustentam tal implantação.

Foram utilizadas como aportes teórico-metodológicos para a análise: a contribuição de alguns teóricos do campo do planejamento e gestão em saúde, que privilegiam a temática do sujeito/subjetividade e abordam a questão da autonomia e cogestão<sup>1,6,7</sup>; e o referencial da Psicossociologia Francesa, em especial a contribuição teórica de Eugene Enriquez<sup>13,14</sup>, que permitiu analisar o fenômeno organizacional a partir de suas dimensões imaginária, intersubjetiva e grupal, que, para além das dimensões materiais e políticas, produzem efeitos sobre os limites e possibilidades da cooperação e da realização de projetos coletivos, assim como sobre o vínculo que os sujeitos estabelecem com a organização e com o seu trabalho.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem clínica-psicossociológica<sup>15</sup>, realizada através de estudo de caso, apoiado sobretudo em entrevistas semiestruturadas. O processo de análise do material empírico passou por sucessivas escutas das gravações das entrevistas e leituras das transcrições, orientadas pelas perguntas de pesquisa. Ao longo desse trabalho, foram produzidas/apreendidas categorias empíricas que posteriormente foram analisadas e discutidas a partir do referencial teórico da pesquisa. Em coerência com a metodologia clínica-psicossociológica, outro elemento importante a guiar o processo de escuta/leitura e análise do material empírico foram as questões subjetivas, como as percepções e sentimentos, mobilizadas no pesquisador pelo cenário encontrado no campo e a interação com os sujeitos ali presentes. A partir deste processo,

foram elaboradas as seguintes categorias: *A problemática da autonomia na implementação dos colegiados gestores e unidades de produção; As categorias profissionais, os “feudos” e a aposta na construção de uma nova grupalidade; A inclusão dos usuários no processo de democratização da gestão no hospital; O Colegiado gestor como responsável pela mudança de cultura organizacional; O imaginário que sustenta a implantação de mudanças.*

O estudo se desenvolveu entre os anos de 2011 e 2012, sendo entrevistados os sujeitos responsáveis pelo projeto de implantação dos CGs e UPs, ainda em curso: 05 profissionais responsáveis pela função de apoio ao projeto e um dos diretores do hospital. As entrevistas tiveram a duração média de uma hora.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da ENSP/Fiocruz no ano de 2012 e todos os sujeitos assinaram termo de consentimento livre-esclarecido.

## Resultados e discussão

### **A implantação dos colegiados gestores, das unidades de produção e áreas de atenção no hospital**

Em agosto de 2011, a direção do hospital decidiu realizar uma reforma gerencial baseada em diretrizes da Política Nacional de Humanização<sup>2,3</sup>. Até então o hospital funcionava de maneira fragmentada, dividida em departamentos, sendo cada um deles vinculado a uma determinada categoria ou função profissional. A transformação proposta se firma na construção de UPs e Áreas de Atenção (ATs), em substituição aos departamentos. Com isto o hospital pretende reestruturar a atenção oferecida, focando o cuidado prestado na atenção a usuários com problemas semelhantes e não mais de acordo com especialidades e, ao mesmo tempo, fomentar a cogestão.

As UPs são uma forma de reorganizar o trabalho, buscando a desfragmentação das organizações e dos processos produtivos, articulando estes e cada trabalhador, a partir do reconhecimento dos objetivos comuns às tarefas por eles desenvolvidas na unidade<sup>1</sup>. Já as ATs podem ser definidas como grandes áreas de atuação ligadas à missão da instituição e a todo o processo de atenção e gestão em saúde, englobando uma ou mais UPs. Para cada AT e UP é proposto um Colegiado de Gestão (CG).

No último contato com os sujeitos de pesquisa, o desenho das ATs se dividia em: Área de Aten-

ção Clínico-Cirúrgica à Mulher, Área de Atenção Clínico-Cirúrgica à Gestante, Área de Atenção Clínica ao Neonato, Área de Atenção Clínica à Criança e ao Adolescente e Área de Atenção Cirúrgica à Criança e ao Adolescente. Ao todo essas cinco ATs reuniam 22 UPs com duplas de gerências interprofissionais. Exemplificando: a Unidade de Pacientes Graves, a Unidade Intermediária, a Enfermaria de Pediatria, o Ambulatório de Pediatria e o Ambulatório de Especialidades são UPs que formam a Área de Atenção Clínica à Criança e Adolescente.

Os colegiados das UPs são formados pelos trabalhadores das equipes que compõem essas unidades. As UPs são coordenadas por uma dupla de trabalhadores de categorias profissionais diferentes que representam a UP no colegiado da AT. Até o momento em que a pesquisa foi realizada, as duplas de coordenadores eram compostas pelos antigos chefes dos departamentos (todos médicos), acompanhados de mais um representante de outra profissão (todos os profissionais escolhidos para formar a dupla com os médicos foram enfermeiros).

A decisão de realizar esse tipo de formatação, segundo afirmam os sujeitos de pesquisa, foi tomada por uma questão estratégica, que buscou evitar resistências dos médicos que, anteriormente, ocupavam cargo de chefe de setor. Para tanto, optou-se, ao menos em um primeiro momento, por manter os chefes dos departamentos médicos formando uma dupla com outro representante eleito, necessariamente de outra categoria profissional.

Os colegiados de cada AT são formados pelas duplas de gestores que representam suas respectivas UPs. Se uma AT contém, por exemplo, cinco UPs, seu colegiado será composto por cinco duplas. Além disso, há um Colegiado Diretor, formado por representantes da direção e dos colegiados das ATs do hospital.

Durante o percurso do trabalho de campo da pesquisa, o desenho das ATs foi se modificando, o que tende a continuar ocorrendo, pois se trata de um processo contínuo em que ocorrem disputas e consensos. Em dezembro de 2012, havia cinco ATs, que reuniam 22 UPs. Tal desenho envolvia muita discussão, havendo resistências no que diz respeito à redefinição da estratificação existente nos antigos departamentos.

O processo de implementação das UPs e dos CGs contou com apoiadores do Ministério da Saúde ligados a PNH e os “apoiadores” do próprio hospital o que, segundo os entrevistados, seria uma forma de sustentar a mudança proposta.

Verificou-se que a construção dos colegiados se apresenta de modo dispar nas diferentes ATs. Em determinadas áreas o processo encontra-se mais avançado, de modo que os colegiados já conseguem realizar discussões mais propositivas. Por exemplo, em umas das AT's foi possível discutir o perfil de atendimento realizado pela área e ainda “avançar” nas discussões, a ponto de ocorrer a saída de um dos gestores e a escolha de um novo representante para a área. Já em outras AT's a discussão ainda se concentrava na própria formatação dos colegiados.

#### **A problemática da autonomia na implementação dos colegiados gestores e unidades de produção**

A participação dos profissionais de saúde nos CGs e UPs é referida pelos “apoiadores” e pelo gestor do hospital, principalmente, como um meio de amplificar o *comprometimento* dos trabalhadores com a organização, já que o baixo comprometimento é visto como um problema com forte impacto sobre o funcionamento do serviço e pouco permeável à governabilidade por parte da gerência. Os apoiadores do projeto estimam que o aumento da autonomia dos trabalhadores com a implementação dos CGs possibilitaria maior responsabilização dos mesmos na realização do trabalho no hospital.

No discurso dos entrevistados, os trabalhadores são vistos enquanto sujeitos que poderiam se responsabilizar mais pelo trabalho quando reconhecem sua parcela de influência sobre os processos de gestão. Ao participarem da decisão sobre as alterações em seu processo produtivo, os profissionais de saúde se engajariam mais na implementação delas. Procura-se, então, [...] *tentar através da gestão compartilhada uma melhor participação dos funcionários, nas suas decisões, um comprometimento, que eu acho que é a palavra chave e que no serviço público a gente tem perdido bastante [...]*. (Entrevista 2)

A participação e comprometimento dos trabalhadores são, para os entrevistados, um modo de tornar o planejamento da instituição mais efetivo, evitando a construção de *planos de gaveta*, ou seja, planos decididos pelos gestores, mas que não adotados pelos trabalhadores. Além disso, os entrevistados colocam que a inclusão dos trabalhadores nos processos de gestão produziria “bem-estar” nos mesmos, ao perceberem sua parcela de influência sobre as decisões da organização.

Nesse contexto, os sujeitos entrevistados reconhecem contradições inerentes à implantação

dos colegiados. Segundo eles, por um lado, trabalhadores e gestores, em geral, compreendem que o funcionamento da gestão a partir dos CGs seria o mais adequado para o hospital. Por outro lado, supõem que tal proposta esbarraria na descrença de alguns quanto à possibilidade de transformação positiva da organização e nas demandas individuais dos profissionais, como, por exemplo, o medo de diminuição de seu poder/autonomia. Assim, comentam:

*As pessoas todas elas, tanto no poder ou não, já compreendem que o colegiado é uma forma melhor de funcionar, mais democrática mais eficiente e tudo mais. [...] ela chega a ser óbvia [...] No entanto, da mesma forma que naturalmente as pessoas entendem que uma melhor forma de gerir, elas também compreendem que vai diminuir o poder delas.* (Entrevista 1)

Na visão dos entrevistados, a implementação dos colegiados, em alguns momentos, esbarra nos interesses dos trabalhadores ao buscar maior comprometimento destes através da nova organização de gestão. Mas, paradoxalmente, ela é entendida, também, como um modo de ampliar a autonomia (referida, em alguns momentos, como “empoderamento”): [...] *as pessoas vão se sentir mais a vontade, mais empoderadas para dar a opinião e para exigir que essa opinião seja considerada.* (Entrevista 7)

No discurso a respeito dos CGs, o conceito de autonomia aparece em dois sentidos diferentes. Por um lado, busca-se ampliar os graus de autonomia dos trabalhadores como um meio e como um fim em si mesmo, buscando o aumento da capacidade destes em decidir sobre o trabalho realizado e democratizando os espaços de gestão no hospital. Por outro lado, busca-se aumentar a cooperação e o comprometimento destes atores com a organização hospitalar, pois o poder das categorias profissionais aparece como um fator dificultador para os colegiados, frente o que se busca ampliar as possibilidades de governo sobre o fazer (autônomo) dos trabalhadores.

Cecílio<sup>6</sup> nos ajuda a compreender esses paradoxos apresentando dois sentidos de autonomia. Um deles vincula tal noção aos ideais de construção de uma sociedade democrática, que considera a autonomia tanto como um *meio* quanto como *um fim em si mesma*, ligando-a à possibilidade de aumento da capacidade de autoanálise e autogestão dos trabalhadores.

O segundo sentido apresentado pelo autor<sup>6</sup> considera a autonomia como inerente à *natureza do trabalho* em saúde – em especial do trabalho médico, o qual goza de grande liberdade de ação,

sendo responsável, muitas vezes, por substancial parte das decisões sobre o cuidado prestado nos serviços de saúde. Sob a perspectiva da micropolítica do trabalho, podemos supor ainda que a assistência em saúde conserva amplo grau de autonomia, quando esta é entendida enquanto trabalho vivo em ato<sup>16</sup>.

### **As categorias profissionais, os “feudos” e a aposta na construção de uma nova grupalidade**

Os sujeitos de pesquisa relatam que os interesses das categorias profissionais têm forte influência sobre a gestão do hospital, em especial em seu modo de organização, o que se busca transformar através da construção das UPs. Além disso, relatam haver grande disputa e tensão entre as categorias profissionais, com hegemonia dos médicos: [...] *hoje a organização do hospital obedece quase simplesmente os interesses de classe e dentro desses interesses de classe há uma disputa de classes e hegemonia de classes.* (Entrevista 7)

Podemos afirmar que a construção das UPs pressupõe uma organização em torno de equipes multiprofissionais e uma articulação entre setores, condições ainda muito incipientes no hospital. Segundo um dos entrevistados, [...] *é difícil a gente aceitar compartilhar poder, cada uma das categorias por menos empoderada que seja, a gente tem muito medo de perder poder, a prova disso é que a gente se cerca, nos segredos, em nossos espaços fechados.* (Entrevista 5)

Conforme definição de Peduzzi<sup>17</sup> trabalho multidisciplinar é “uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais”. Um dos entrevistados expressa esses valores do seguinte modo: *eu acho que um dos vários efeitos da proposta da PNH de formação de colegiados é você não ver mais isso como corporativo das classes, mas você ver como processo de trabalho em relação ao objeto.* (Entrevista 7)

Embora os formuladores do projeto de reestruturação gerencial se manifestem imbuídos desses ideais, a configuração de espaços de convívio e compartilhamento entre diferentes ainda se coloca como um grande desafio na realidade estudada. Nesse sentido, é interessante o apontamento de um dos entrevistados sobre a necessidade de se “desmitificarem” os interesses pessoais e os interesses dos grupos. Ele explicita o que entende por tal “desmistificação”,

*Desmistificar no sentido de você pode ter seu interesse privado, eu posso ter o meu, o grupo pode ter o seu interesse, mas o seu interesse privado naquele colegiado vai esbarrar no interesse dos outros, vai esbarrar no interesse da sociedade que espera algo do hospital, do SUS [...] (Entrevista 7)*

A autonomia da categoria médica é colocada como algo que, com a implementação da nova organização da gestão, vem criando tensionamentos com as outras categorias profissionais. Os médicos aparecem, em determinados momentos, como aqueles que terão menor perda de poder com a implementação das UPs, já que não passam pelo mesmo processo das chefias de departamento das outras categorias profissionais. Vale lembrar que tais chefias deixam de existir ou se transformam em coordenações técnicas, com pouca governabilidade sobre os processos de gestão das UPs criadas. Essa realidade provoca questionamentos, tais como: *O médico não está aqui, o médico está onde? Nas gerências das áreas e nas unidades de produção. Esse é o primeiro raciocínio e que vem dessa reação: Então eu sou paramédico? Eu apoio o médico?* (Entrevista 3)

Conforme abordamos anteriormente, os chefes dos antigos departamentos médicos permanecem gestores, ocupando o lugar de coordenadores das ATs e UPs em dupla com coordenadores eleitos de outras categorias. Sendo assim, caso os colegiados não funcionem e as decisões continuem a ser tomadas apenas pelos coordenadores médicos, isso pode, na visão dos outros profissionais de saúde, ampliar poder da categoria médica sobre as outras categorias profissionais.

[...] *o que é técnico é discutido nessa coordenação técnica e o que é de gestão é discutido nas unidades de produção, então, por exemplo, férias, licença, afastamento isso não vai ser discutido mas fora da unidade de produção, isso vai ser discutido ali no colegiado, quais são os critérios, por quê? Porque isso impacta no processo de trabalho.* (Entrevista 3)

Os antigos departamentos do hospital são descritos pelos sujeitos de pesquisa, em alguns momentos, como “feudos”, o que denota certa independência/autonomia dos departamentos em sua relação tanto com a direção (reduzindo a governabilidade desta) como, principalmente, com outros departamentos.

A palavra “feudo” indica, além de uma baixa relação entre setores, a presença de “senhores”, chefes que comandam o serviço há bastante tempo e constituíram grande autoridade e legitimidade para exercício do cargo. Assim, comenta-se



*... o cara é chefe do ambulatório há 12 anos, aquilo ali é a cara dele, ele manda em tudo, ele que decide tudo, ele é único que passa todo fluxo de poder com a direção [...]. Se ele sair ou se ele morrer tem que começar tudo de novo. (Entrevista 1)*

Acerca de situações como essa, Campos<sup>1</sup> chama atenção para o fato de que algumas experiências de construção de CGs nas UPs têm indicado “uma tendência de eles se fecharem dentro de si mesmos, caminhando rapidamente para alguma forma de departamentalização, quando não até para a feudalização [...] esquecendo-se da clientela e privilegiando perspectivas corporativas”.

No hospital investigado, dificuldades como essa também podem ser vislumbradas na interpretação dos entrevistados de que os chefes de setor, devido à sua grande legitimidade e autoridade, poderiam trazer empecilhos para o processo de implementação dos colegiados. Isso faz com que, estrategicamente, os sujeitos evitem, nesse momento de implementação dos CGs, entrar na discussão sobre a reorganização da divisão do hospital com a implementação das Unidades de Produção, a qual mobilizaria os setores a se organizarem a partir da produção de valores de uso para a instituição, ou seja, a partir da sua capacidade potencial de atender as necessidades de saúde dos usuários. Os trechos seguintes ilustram a trama de dificuldades envolvidas nesse processo:

*Aí vem o primeiro ‘trauma’ que é juntar essas unidades [...] se você junta duas unidades [...] aqui tem um chefe, tem outro chefe, tem um chefe e tem a equipe. Se você junta duas unidades um chefe sai e aí é onde começa o problema. (Entrevista 1)*

*Essa discussão já entrou em pauta e já está [...] digamos assim... por enquanto está na geladeira [...] Porque você tem que politicamente optar pelo seguinte, é melhor a gente focar agora na configuração dos colegiados ou a gente vai partir para essa discussão aqui que vai ser dura. (Entrevista 1)*

Em meio a essas questões, os sujeitos de pesquisa apontam para o desafio de articulação entre os diferentes setores do hospital e de construção de um cuidado integral para os usuários, partindo-se da articulação entre as diversas áreas de conhecimento. Um deles afirma que a percepção da necessidade de criação de um trabalho articulado entre os diferentes setores pode ocorrer quando um deles reconhecer suas “insuficiências” para prestar um cuidado integral ao usuário:

*Porque os setores não trabalham sozinhos, a criança chega aqui, ela se precisar vai se consultar com o especialista, se precisar vai ficar internada, se piorar vai para o CTI depois ela volta para enfermagem, por aí vai. Essa articulação das insufici-*

*ências de cada setor elas precisam ser assumidas, coisa que fantasiosamente ela não é. Então, cada fragmento desses quer se achar com autonomia total por trabalhar sozinho. (Entrevista 7)*

Podemos ampliar essa afirmação do entrevistado e apontar a necessidade de reconhecimento da insuficiência, não só dos setores, mas inclusive dos trabalhadores. É possível que o reconhecimento dessa parcela de incompletude facilitasse a percepção da necessidade de realização do trabalho em equipe e de articulação entre diferentes saberes, o que tornaria a discussão coletiva mais produtiva.

Além disso, a transformação proposta na iniciativa estudada implica a construção de uma nova grupalidade, mais heterogênea do que a formada em torno das categorias profissionais e, por essa razão, mais difícil de ser construída. Entendemos por nova grupalidade a articulação da construção de uma nova dinâmica grupal com um novo modo de estar em grupo<sup>18</sup>. Para promovê-la, haveria a necessidade de reconhecimento e valorização da diferença, bem como aceitação da condição de insuficiência<sup>19</sup>, por parte dos trabalhadores, setores e categorias, diante da missão de atender integralmente as necessidades de saúde dos usuários.

Apostamos, portanto, que os arranjos estudados possam vir a funcionar como espaços profícuos ao diálogo entre realidades de ordens diversas, como a realidade psíquica e a realidade de material, a realidade subjetiva e intersubjetiva, individual e organizacional, possibilitando a construção de um projeto compartilhado entre os trabalhadores para a produção de valores de uso para o hospital. Tal proposta se apoia no conceito de formação intermediária de Renè Kaës<sup>20</sup>, cuja complexidade demandaria um espaço para seu desenvolvimento que ultrapassaria os limites definidos para este artigo.

### **A inclusão dos usuários no processo de democratização da gestão no hospital**

A possibilidade de inclusão dos usuários e familiares nos CGs apareceu no discurso dos sujeitos apenas quando questionada pelo pesquisador. De modo geral, reconheceu-se a importância da admissão desses sujeitos no processo de gestão da unidade, porém isso foi visto como algo que precisaria, estrategicamente, ser postergado, pois a entrada dos usuários poderia trazer para os colegiados “ruidos desnecessários”.

Assim, seria mais prudente, na concepção deles, um fortalecimento das equipes e dos colegia-

dos para a posterior entrada dos usuários, pois [...] *o problema é que você tem várias resistências e vários processos a se trabalhar, se você já trabalha nesse desdobramento nesse novo modo de se fazer, acrescentar o usuário eu acredito que você poderia começar a ter uns ruídos desnecessários* (Entrevista 2)

Nesse contexto, o Colegiado Gestor (CG), parece ser idealizado como um espaço que, uma vez bem instalado, não abarcará conflitos e fissuras em seu funcionamento, um espaço onde os usuários participariam sem ser expostos às tensões existentes nas relações entre os sujeitos que constituem e dão vida ao hospital. Um dos entrevistados defende: *A inserção do usuário já está pensada, mas todo mundo também concorda que antes de a gente se organizar bem, a gente não pode inserir o usuário [...] o usuário se ele chegar hoje e assistir um colegiado ele vai ver briga.* (Entrevista 1)

Em alguns momentos, a importância da inclusão dos usuários nos processos de democratização da gestão no hospital é referida a partir da possibilidade de que essa inserção propicie maior *compreensão*, por parte dos usuários, das dificuldades do hospital. Tal visão pode ser interpretada como uma apreensão instrumental da inclusão dos usuários, pensada não como um fim em si mesmo, mas como um modo de gerar a compreensão deles a respeito dos esforços feitos pelo hospital e da especificidade de sua missão institucional.

Por fim, a inserção do usuário é pensada, também, como uma inclusão dos mesmos nas discussões dos processos de cuidado do hospital, participando das reuniões junto aos trabalhadores, em alternativa a uma postura que os toma como clientes, meros receptores de um serviço elaborado estritamente pela equipe técnica.

A nosso ver, a construção da participação de usuários e familiares que vivenciam a realidade do hospital poderia evitar a tendência à burocratização dos CGs, aproximando as demandas endereçadas ao hospital às necessidades de saúde percebidas e vividas por um “usuário real”, o qual sofre “na pele” os possíveis entraves no funcionamento da unidade. Pensamos, concordando com Campos<sup>1</sup>, que a inclusão dos usuários, além de cumprir com o objetivo da participação social e democratização radical dos espaços de produção de saúde, reforçando o seu caráter público, pode atuar como um vetor que auxilia a neutralizar os possíveis efeitos de corporativização e burocratização dos espaços de democratização da gestão hospitalar.

Porém, nesse ponto encontra-se o desafio de proporcionar a participação de usuários e tra-

balhadores no espaço de gestão, considerando a diferença entre saberes e responsabilidades de tais atores e a consequente assimetria de poder daí decorrente.

### **Colegiado gestor como responsável pela mudança de cultura organizacional**

Entre os sujeitos entrevistados, os CGs são vistos, também, como um instrumento para mudança de cultura no hospital, que tenderia a se transformar naturalmente ao longo do tempo. Os apoiadores/gestores entrevistados afirmam que os trabalhadores futuramente “aderirão” ao modo de funcionamento dos colegiados, adquirindo autonomia para tomar decisões sobre o trabalho, inclusive modificando a percepção a respeito dos coordenadores, que deixariam de ser vistos como chefia.

Podemos considerar que os sujeitos de pesquisa parecem apresentar, em alguns momentos, uma postura idealista quanto aos CGs, imputando-lhes a responsabilidade de fomentar a transformação de uma série de características instituídas na organização hospitalar ao longo de anos. De nossa parte, em certa medida, concordamos com Campos<sup>1</sup>, para quem seria ingênuo pressupor que a simples e, ao mesmo tempo, revolucionária instalação de UPs com seus colegiados eliminasse a tendência à burocratização e concentração de poder nos hospitais, como que por passe de mágica.

É possível pensar que os atores envolvidos na experiência estudada subestimam a capacidade de reprodução das tramas de poder que dão vida ao hospital e que acabam por atravessar e constituir os CGs. É diante dessa constatação que somos levados a lembrar que o colegiado de gestão é um arranjo necessário, porém nunca suficiente para a produção de modos mais compartilhados de gestão<sup>7</sup>.

Assim, sem negar a importância da construção de tais arranjos, há que se considerar que as mudanças não são efetivadas de maneira automática. Podemos compreender que não basta apenas transformar os modos de repartição do poder para chegarmos a uma gestão mais democrática, pois é imprescindível que haja coerência entre tal formatação e os sentidos que os participantes atribuem a seu trabalho e à organização, bem como o seu modo de relacionamento e nível de comunicação<sup>14</sup>.

Além disso, é importante observar, conforme aponta Rivera<sup>21</sup>, que o processo de mudança de cultura nas organizações não realiza uma substi-

tuição radical do novo pelo antigo. Esse processo apresenta características diferentes e contraditórias convivendo em uma tensão dialética. Dessa forma, o padrão tradicional de identidade hospitalar, que se expressa, dentre outras maneiras, pela atomização profissional e falta de articulação entre as especialidades, convive com práticas que reconhecem a necessidade de enfoque em rede, de trabalho em equipe e que questionam a fragmentação do cuidado gerado pela excessiva especialização do cuidado.

**Entre a transformação e a inércia:  
o imaginário que sustenta a implantação  
de mudanças**

Para discutir a expectativa de que a implantação dos CGs provoque mudança na cultura organizacional nos parece importante abordar, ainda que brevemente, o conceito de imaginário, tal como proposto por Enriquez<sup>13</sup>. Para este autor, toda organização se sustenta sobre um sistema imaginário, equivalente a uma representação coletiva que apoia um sistema de valores e crenças, possibilitando a mobilização dos sujeitos em torno de uma ação comum. Ele pode se apresentar de duas formas: imaginário motor e imaginário enganoso.

O imaginário motor funciona como uma representação que mobiliza os sujeitos na construção de um projeto comum inovador. Ele é possível quando os grupos acolhem a diferenciação de seus membros e, deste modo, passam a ter uma visão não monolítica do projeto comum, favorecendo a criatividade e introduzindo a diferença, em oposição à repetição, o que permite considerar a cooperação como fruto do tratamento de conflitos<sup>22</sup>. Já o imaginário enganoso teria como função conglomerar os trabalhadores na idealização proposta pelos dirigentes da organização, fornecendo um sentido prévio a cada ação dos indivíduos<sup>13</sup>.

Vinculado a esse conceito, encontra-se a reflexão de Enriquez<sup>14</sup> a respeito do mito do “bom poder”. Fundado através de um processo de idealização em torno do poder, trata-se uma de criação mítica que causa ocultamento da dimensão conflitiva presente em todas as relações de poder, vinculando as ações do grupo a uma imagem utópica do projeto, desejado enquanto um artifício perfeito, sem fissuras ou embates. Tal postura poderia levar os sujeitos a construir o que o autor nomeia uma “comunidade da negação”, em que se nega a realidade para se viver apoiado em uma ilusão.

A nosso ver, os colegiados que vimos pesquisando podem fomentar um imaginário motor, que induziria a democratização no hospital, com o aumento da influência dos trabalhadores nas decisões institucionais, e da corresponsabilização sobre o cuidado prestado à população usuária. Mas, por outro lado, eles podem funcionar também como um imaginário enganoso, idealizado pelos gestores/trabalhadores responsáveis por sua implementação, enquanto um espaço que deve funcionar de maneira apaziguada, livre de contradições e disputas.

Essa última forma tende a buscar vincular os profissionais de saúde a projetos institucionais não necessariamente construídos coletivamente. Tal imaginário pode ser vivido de maneira “paranoica” por parte dos trabalhadores, os quais temem a ampliação do controle sobre o seu trabalho com a perda da autonomia de suas corporações. A consequência provável desse cenário é a resistência às mudanças propostas.

O que favoreceria a possibilidade de que o processo em implantação se aproximasse de um imaginário motor seria a capacidade do grupo para lidar com a tensão autonomia-controle, tendo como objetivo a construção de um melhor cuidado possível para os usuários. Porém, o próprio usuário pode ser representado pelos trabalhadores de diversas formas. Portanto, a inclusão da perspectiva do usuário parece crucial para que haja maior realismo na compreensão das suas demandas que devem ser atendidas pelos trabalhadores.

### Considerações finais

No presente trabalho pudemos identificar os sentidos de autonomia expressos pelos sujeitos e alguns desafios que se apresentam aos arranjos organizacionais dos CGs e UPs implementados no hospital investigado.

Os entrevistados parecem ter uma visão utópica dos colegiados, o que ofusca suas possibilidades de percepção das tensões presentes no processo de implantação dos arranjos. Sobre a questão da autonomia, no caso dos CGs do hospital estudado, por um lado, buscou-se ampliá-la entre os trabalhadores, apostando que o aumento da capacidade destes para refletirem e decidirem sobre o trabalho pudesse ocorrer na medida em que profissionais de diferentes categorias viessem a participar dos espaços decisórios da unidade. Por outro lado, buscou-se também construir um espaço de governo (coletivo) sobre o fazer autônomo dos sujeitos, objetivando, deste modo, o aumento



da cooperação e do comprometimento dos trabalhadores, através, principalmente, da visibilidade e pactuação dos processos de trabalho das UPs.

A nosso ver, não se pode esperar que ocorra uma solução para essa problemática. O que nos parece necessário é empreender esforços para promover um funcionamento dos colegiados de maneira suficientemente flexível, permeável à vivência da autonomia nos dois sentidos descritos, permitindo a negociação entre os diversos atores envolvidos no processo de produção da saúde. Este funcionamento não se privará de conflitos e tensões, por isso, a gestão colegiada no hospital deve contar com um espaço que propicie uma permanentemente negociação entre: os desejos e interesses dos trabalhadores de um lado e, de outro, as exigências de democratização da gestão.

Dessa forma, algumas questões precisam estar permanentemente sendo colocadas no processo de implantação dos CGs. Estas podem não ter necessariamente respostas imediatas, mas exigem que os sujeitos lhes voltem atenção constante: Como fazer para articular os interesses de trabalhadores de diversas categorias profissionais que convivem de maneira tensa e disputam poder no hospital? Como potencializar o aspecto democratizante do arranjo, evitando que as discussões realizadas nele não sejam tomadas, na maior parte do tempo, pelas disputas entre as categorias profissionais?

O enfrentamento dessas questões passa pelo reconhecimento de que a implementação das

equipes de trabalho deverá lidar com um âmbito profissional em que estão envolvidas práticas e conhecimentos distintos e valorizados de maneira diferente no conjunto do trabalho em saúde<sup>23</sup>. Comumente os trabalhadores em saúde constroem sua identidade e segurança apegando-se ao seu núcleo de especialidade, o que dificulta a abertura para a interação inevitável em espaços interdisciplinares<sup>23,24</sup>.

Sendo assim, a integração interdisciplinar aponta, simultaneamente, para um esforço cognitivo para dialogar com racionalidades técnicas diversas e uma disposição subjetiva para lidar com a incerteza e a diferença, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado. Estas condições contribuem para a construção de relações de cooperação e troca entre as disciplinas e não na cristalização em identidades reativas voltadas para uma percepção paranoica da diferença no ambiente de trabalho. Tal grupalidade deverá ter como principal elemento de articulação a produção de cuidado para os usuários.

Por fim, parece-nos relevante sugerir que a implementação dos CGs e UPs enquanto um projeto de mudança possa contar com um processo avaliativo constante. Este deve se atentar, inclusive, à capacidade do projeto aglutinar interesses, de gerar idealizações que favoreçam o seu compartilhamento entre os trabalhadores do hospital, sem cegá-los diante dos inevitáveis conflitos e contradições.

## Colaboradores

AM Silva contribuiu com a concepção do projeto, realização das entrevistas, análise do material e redação do manuscrito. MC Sá e L Miranda colaboraram com a concepção do projeto, análise do material, redação e revisão crítica do manuscrito.

## Referências

1. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão*. Brasília: MS; 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª ed. Brasília: MS; 2010.
4. Guizardi FLE, Cavalcanti FOL. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis* 2010; 20(4):1245-1265.
5. Faria HP, Santos MA, Aguiar RAT. Gestão Colegiada: conceitos e pressupostos para o alcance da alta responsabilidade organizacional. *Saúde Digital* [internet]. 2003 [acessado 2014 out 1]; Edição 22. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/outubro2003/especializacao.html>
6. Cecílio LCO. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):315-329.
7. Cecílio LCO. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad Saude Publica* 2010; 26(3):557-566.
8. Bernardes A, Cecílio LCO, Nakao, JRS, Évora YDM. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):861-870.
9. Bernardes A, Cecílio LCO, Évora YDM, Gabriel CS, Carvalho MB. Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011; 19(4):1003-1010.
10. Rates SMM. Unidades de Produção como espaço de construção democrática. In: Araújo GF, Rates SMM, organizadores. *Cogestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens*. Ijuí: Editora Unijuí; 2009, p. 53-63.
11. Pereira AB, Ferreira Neto, JL. Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. *Trab. educ. saúde*. 2015; 13(1):67-88.
12. Onocko Campos RT, Campos, GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-714.
13. Enriquez E. O papel do sujeito humano na dinâmica social. In: Lévy A, Nicolai A, Enriquez E, Dubost J, organizadores. *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Belo Horizonte: Autêntica; 2001. p. 27-45.
14. Enriquez E. *As figuras do poder*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria; 2007.
15. Lévy A. *Ciências clínicas e organizações sociais*. Belo Horizonte: Autêntica; 2001.
16. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Merhy EE, Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã Vm Ed.; 1998. p.103-120.
17. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública* 2001, 35(1):103-109.
18. Oury J. *O coletivo*. São Paulo: Hucitec; 2009.
19. Birman J. *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 2006.
20. Kaës R. O interesse da psicanálise para considerar a realidade psíquica da instituição In: Correa OBR, organizador. *Vínculos e Instituições*. São Paulo: Editora Escuta; 2002. p. 11-31.
21. Rivera FJU. Cultura e liderança comunicativa. In: Rivera FJU. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p.185-218.
22. Azevedo CS. A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. *Cien Saude Colet* 2010; 15 (Supl. 1):977-986.
23. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):399-407.
24. Matos E, Pires DEP, Campos GWS. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev. bras. enferm* 2009; 62(6):863-869.

---

Artigo apresentado em 21/10/2014

Aprovado em 19/05/2015

Versão final apresentada em 21/05/2015