UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ELAINE CANTARELLA LIMA

Análise do modelo de gestão compartilhada na perspectiva dos gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde

RIBEIRÃO PRETO
2021

ELAINE CANTARELLA LIMA

Análise do modelo de gestão compartilhada na perspectiva dos gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Gestão e gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Andrea Bernardes

RIBEIRÃO PRETO

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Lima, Elaine Cantarella

Análise do modelo de gestão compartilhada na perspectiva dos gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Ribeirão Preto, 2021.

160 p. : il. ; 30 cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Bernardes, Andrea.

1. Organização e administração. 2. Serviços de saúde. 3. Gestão em saúde.

LIMA, Elaine Cantarella

Análise do modelo de gestão compartilhada na perspectiva dos gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências, no Programa de Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: _____/_____/_____

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Deus,

Pela vida, pela saúde, por todas as oportunidades e pela sua presença constante em todos os momentos do meu aprendizado, fortalecendo-me a cada dia, independente das circunstâncias e fazendo de mim uma pessoa melhor.

Ao meu marido Lucas,

Pelo amor incondicional. Companheiro de todas as horas. Divido com você mais esta conquista, porque você faz parte dela! Você é e sempre foi meu parceiro nos melhores e piores momentos. Sem seu apoio e carinho eu não teria conseguido! Amo muito você! Obrigada por tudo!!!

Aos meus pais, Edna e José Carlos,

Meus exemplos de vida! Pelo amor, carinho, dedicação e ensinamentos que permearam toda a minha formação e fizeram todo o diferencial.

Mãe e pai, sei que abriram mão de muitas coisas para alimentar meus sonhos e por isso agradeço-lhes infinitamente. Sem seus imensos esforços não teria conseguido mais esta conquista! Amo muito vocês!

À minha irmã Gislaine,

Pelo amor, amizade, carinho e companheirismo, por estar sempre torcendo pelas minhas conquistas. Pelo apoio e incentivo incondicional. Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Andrea Bernardes, por sua compreensão, sua sabedoria, por seu rigor científico, por seus ensinamentos, por confiar em mim e por estimular meu crescimento pessoal e profissional.

Às professoras Dra. Carina Aparecida Marosti Dessotte e Dra. Rosangela Andrade Aukar de Camargo, pelas valiosas sugestões no exame de qualificação.

A toda a equipe da Universidade de São Paulo/USP, em especial ao Prof. Antônio Ruffino Netto, pela valiosa colaboração, orientação e disponibilidade.

Aos meus amigos, sempre compreensivos por entenderem minha ausência por diversas vezes, e à querida Jeh, por estar presente no momento em que mais precisei.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste meu sonho.

O presente trabalho foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Muito obrigada!

RESUMO

LIMA, E. C. **Análise do modelo de gestão compartilhada na perspectiva dos gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde**. 2021. 160 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Modelos de gestão tradicionais, que apresentam estruturas formais e verticalizadas, têm várias limitações. Torna-se, portanto, necessário incentivar estratégias no interior das organizações que promovam discussões sobre as estruturas hierárquicas, movimento que tem sido observado no setor da saúde. A exemplo disso, o sistema de saúde brasileiro tem focado na descentralização da tomada de decisão e do poder investindo em gestão estratégica e democrática. Para tanto, faz-se necessária a realização de uma análise da situação atual da gestão nos diversos serviços de saúde. Assim, o objetivo deste estudo, realizado em três fases, foi analisar a adoção do modelo participativo de gestão nos Prontos Atendimentos dos municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII), na perspectiva dos gestores e trabalhadores de saúde. Trata-se de estudo de métodos mistos multifásico, sendo na primeira fase realizada a análise do modelo de gestão com seis gestores municipais e 223 trabalhadores de 10 prontos atendimentos de oito municípios do DRS XIII. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva. A fim de analisar a significância da associação entre categorias ocupacionais, gestores e trabalhadores, e os aspectos da gestão, foi utilizado o teste exato de Fisher, sendo adotado o nível de significância de 5%. Os dados qualitativos foram analisados com o apoio do software DSCSoft®. Os dois conjuntos de dados foram fundidos com o objetivo de se encontrar a relação entre eles e proceder à interpretação dos resultados. Na segunda fase foi planejado o desenvolvimento da intervenção educativa e na terceira fase da pesquisa foi desenvolvido um estudo quase-experimental, por meio da coleta de dados quantitativos de 30 participantes. Os dados foram analisados por meio do teste t de Student, sendo igualmente adotado o nível de significância de 5%. Dos profissionais que participaram da pesquisa, a maior parte era do sexo feminino e ocupava o cargo de auxiliar de enfermagem. Enquanto os gestores avaliam o modelo de gestão da instituição como sendo mais contemporâneo e participativo, possibilitando aos trabalhadores participarem da tomada de decisão e dando autonomia aos mesmos para decidirem sobre questões do dia a dia, na visão dos trabalhadores o modelo de gestão é tradicional, destacando-se por sua estrutura formal e verticalizada. Conclui-se que o modelo de gestão das organizações de saúde ainda é ordenado pelos princípios da administração mais tradicional e verticalizada e tem impacto direto na satisfação dos profissionais no cotidiano do trabalho. Nesse sentido, torna-se essencial o conhecimento e o envolvimento dos gestores na implantação do modelo de gestão contemporâneo, de modo a contemplar as políticas do próprio SUS, bem como de valorizar a participação de todos os profissionais na busca de melhor atendimento ao usuário dos serviços de saúde. Com a realização do estudo quase-experimental foram incorporados conhecimentos sobre gestão compartilhada pelos gestores e pelos trabalhadores após a implementação da ação educativa. Espera-se que o conhecimento adquirido durante a intervenção educativa, somado ao conhecimento anterior dos participantes da pesquisa, possam ser disseminados e gerar modificações necessárias que contribuam com a melhoria das relações no ambiente de trabalho e, consequentemente, no atendimento ao usuário do sistema de saúde.

Descritores: Pesquisa em administração em enfermagem. Serviços médicos de emergência. Gestão em saúde.

ABSTRACT

LIMA, E. C. **Analysis of the shared management model from the perspective of the managers and workers of the Unified Health System**. 2021. 160 f. Thesis (Doctoral) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Traditional management models, which present formal and verticalized structures, have several limitations. It is therefore necessary to encourage strategies within organizations that promote discussions about hierarchical structures, a movement that has been observed in the health sector. As an example, the Brazilian health system has focused on the decentralization of decision making and power by investing in strategic and democratic management. To this end, it is necessary to carry out an analysis of the current management situation in the various health services. Thus, the objective of this study, carried out in three phases, was to analyze the adoption of the participatory management model in the Emergency Departments of the municipalities that make up the Regional Health Department XIII (RHD XIII), from the perspective of managers and health workers. This is a multiphase mixed methods study, with the analysis of the management model being carried out in the first phase with six municipal managers and 223 workers from 10 emergency rooms in eight cities of the RHD XIII. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics. In order to analyze the significance of the association between occupational categories, managers and workers, and management aspects, Fisher's exact test was used, adopting a significance level of 5%. The qualitative data were analyzed with the support of the DSCSoft software®. The two sets of data were merged in order to find the relationship between them and proceed to the interpretation of the results. In the second phase, the development of the educational intervention was planned and in the third phase of the research, a quasi-experimental study was developed by collecting quantitative data from 30 participants. The data was analyzed using Student's t-test, with a significance level of 5%. Of the professionals who participated in the research, most were female and held the position of nursing assistant. While managers evaluate the institution's management model as being more contemporary and participatory, allowing workers to participate in decision making and giving them autonomy to decide on day-to-day issues, in the workers' view the management model is traditional, standing out for its formal and verticalized structure. It is concluded that the management model of health organizations is still ordered by the principles of a more traditional and verticalized administration and has a direct impact on the satisfaction of professionals in their daily work. In this sense, it becomes essential the knowledge and involvement of managers in the implementation of the contemporary management model, in order to contemplate the policies of UHS itself, as well as to value the participation of all professionals in the search for better service to the user of health services. The quasi-experimental study incorporated knowledge about shared management by managers and workers after the implementation of the educational action. It is expected that the knowledge acquired during the educational intervention, added to the previous knowledge of the research participants, can be disseminated and generate necessary changes that contribute to the improvement of relationships in the workplace and, consequently, in the care of health system users.

Descriptors: Nursing Administration Research. Emergency Medical Services. Health management.

RESUMEN

LIMA, E. C. **Análisis del modelo de gestión compartida desde la perspectiva de los gerentes y trabajadores del Sistema Único de Salud**. 2021. 160 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Los modelos de gestión tradicionales, que presentan estructuras formales y verticales, tienen varias limitaciones. Por tanto, es necesario impulsar estrategias dentro de las organizaciones que promuevan discusiones sobre estructuras jerárquicas, movimiento que se ha observado en el sector salud. Como ejemplo, el sistema de salud brasileño se ha enfocado en descentralizar la toma de decisiones y la inversión de poder en la gestión estratégica y democrática. Por tanto, es necesario realizar un análisis de la situación actual de la gestión en los distintos servicios de salud. Así, el objetivo de este estudio, realizado en tres fases, fue analizar la adopción del modelo de gestión participativa en la Sala de Emergencias de los municipios que integran la Dirección Regional de Salud XIII (DRS XIII), desde la perspectiva de los gestores y trabajadores de la salud. Se trata de un estudio multifase de métodos mixtos, realizándose en una primera fase el análisis del modelo de gestión con seis gestores municipales y 223 trabajadores de 10 servicios de emergencia en ocho municipios del DRS XIII. Los datos cuantitativos se analizaron mediante estadística descriptiva. Para analizar la significancia de asociación entre categorías ocupacionales, gerentes y trabajadores, y aspectos de gestión, se utilizó la prueba exacta de Fisher, adoptando un nivel de significancia del 5%. Los datos cualitativos se analizaron con el apoyo del software DSCSoft®. Los dos conjuntos de datos se fundieron con el objetivo de encontrar la relación entre ellos e interpretar los resultados. En la segunda fase se planificó el desarrollo de la intervención educativa y en la tercera fase de la investigación, se desarrolló un estudio casi-experimental, mediante la recolección de datos cuantitativos de 30 participantes. Los datos se analizaron mediante la prueba t de Student y también se adoptó el nivel de significancia del 5%. De los profesionales que participaron en la encuesta, la mayoría eran mujeres y ocupaban el cargo de auxiliar de enfermería. Mientras los gerentes valoran el modelo de gestión de la institución como más contemporáneo y participativo, permitiendo a los trabajadores participar en la toma de decisiones y dándoles autonomía para decidir sobre los asuntos del día a día, en la visión de los trabajadores el modelo de gestión es tradicional, destacándose por su estructura formal y vertical. Se concluye que el modelo de gestión de las organizaciones sanitarias aún está ordenado por los principios de una administración más tradicional y vertical y tiene un impacto directo en la satisfacción de los profesionales en su trabajo diario. En este sentido, es fundamental el conocimiento e involucramiento de los gerentes en la implementación del modelo de gestión contemporáneo, para poder contemplar las políticas del propio SUS, así como para valorar la participación de todos los profesionales en la búsqueda de un mejor servicio al usuario de los servicios de salud. Con la realización del estudio casi-experimental, se incorporó el conocimiento sobre gestión compartida por gerentes y trabajadores luego de la implementación de la acción educativa. Se espera que los conocimientos adquiridos durante la intervención educativa, sumados a los conocimientos previos de los participantes de la investigación, se puedan difundir y generar los cambios necesarios que contribuyan a la mejora de las relaciones en el entorno laboral y, en consecuencia, en el servicio al usuario del sistema de salud.

Descriptores: Investigación en administración de Enfermería. Servicios Médicos de Urgencia. Gestión en salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Profissionais que trabalham nos serviços de pronto-atendimento (n=792), de 18 municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017..... 46

Tabela 2 - Prontos Atendimentos (n=10) e profissionais (n=347) de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017..... 48

Tabela 3a- Perfil sociodemográfico dos participantes (n=229) em relação ao município e à unidade de trabalho/Secretaria de Saúde, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017..... 60

Tabela 3b - Perfil sociodemográfico dos participantes (n=229) em relação à profissão e ao cargo ocupado na instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017..... 62

Tabela 3c - Perfil sociodemográfico dos participantes (n=229) em relação ao turno de trabalho e ao maior nível educacional, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017..... 62

Tabela 3d - Perfil sociodemográfico dos participantes (n=229) em relação ao tempo de formação, ao tempo de trabalho na área da saúde, ao tempo de trabalho na instituição e ao tempo de trabalho no cargo, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017..... 65

Tabela 4a - Respostas dos gestores (n=6) sobre questões relacionadas ao modelo de gestão adotado na instituição, ao envolvimento com a implantação do modelo de gestão compartilhado, ao nível de satisfação com o modelo de gestão atual, à tomada de decisão, à autonomia e à comunicação, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017..... 65

Tabela 4b - Respostas dos trabalhadores (n=223) sobre questões relacionadas ao modelo de gestão adotado na instituição, ao envolvimento com a implantação do modelo de gestão compartilhado, ao nível de satisfação com o modelo de gestão atual, à tomada de decisão, à autonomia e à comunicação, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017..... 71

Tabela 4c - Respostas dos trabalhadores (n=223) sobre a insatisfação em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017..... 73

Tabela 5 - Associação da categoria ocupacional com as variáveis sobre o modelo de gestão, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017... 84

Tabela 6a - Resposta dos gestores (n=6) sobre as dificuldades identificadas em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017..... 86

Tabela 6b - Resposta dos trabalhadores (n=223) sobre as dificuldades identificadas em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017..... 90

Tabela 7a - Resposta dos gestores (n=6) sobre as potencialidades identificadas em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017..... 95

Tabela 7b - Resposta dos trabalhadores (n=223) sobre as potencialidades identificadas em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017..... 97

Tabela 8 - Resposta dos trabalhadores (n=223) sobre informações relevantes em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017..... 103
Tabela 9 - Gestores e trabalhadores (n=30) que participaram da intervenção educativa em gestão compartilhada, de cinco municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2018..... 106
Tabela 10 - Média e Desvio-Padrão referentes aos acertos no questionário pré e pós-intervenção educativa e sobre a variação de desempenho entre os mesmos, Ribeirão Preto, Brasil, 2018..... 106
Tabela 11 - Análise de teste t de Student para uma amostra referente a variável variação de desempenho em acertos de um questionário após realização de intervenção educativa, Ribeirão Preto, 2018..... 107
Tabela 12 - Distribuição das questões que compuseram o questionário segundo acertos dos participantes, aplicado antes e depois da intervenção educativa de cinco municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2018..... 108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Amostragem Aleatória Simples
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIR	Comissão Intergestores Regional
DP	Desvio-Padrão
DRS	Departamento Regional de Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECH	Expressão-Chave
EPS	Educação Permanente em Saúde
IC	Ideia Central
LIGGEn	Liderança, Gestão e Gerenciamento em Serviços de Saúde e Enfermagem
PA	Pronto Atendimento
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PPT	Probabilidade Proporcional ao Tamanho
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 **INTRODUÇÃO**..... 16
1.1 Modelos de Gestão Verticalizados..... 19
1.2 Modelos de Gestão Inovadores..... 22
1.3 Delimitação do Problema e Justificativa..... 26
2 QUESTÕES E HIPÓTESE DO ESTUDO..... 30
3 OBJETIVOS..... 32
3.1 Objetivo Geral..... 32
3.2 Objetivos Específicos Quantitativos..... 32
3.3 Objetivo Específico Qualitativo..... 32
4 REFERENCIAL TEÓRICO 34
5 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO..... 40
5.1 Pesquisa de Métodos Mistos..... 44
5.1.1 Local do Estudo..... 44
5.1.2 Participantes do Estudo..... 45
5.1.3 Amostra do Estudo..... 45
5.1.4 Elaboração e Validação do Instrumento de Coleta de Dados..... 50
5.1.5 Procedimento de Coleta de Dados..... 51
5.1.6 Análise dos Dados Quantitativos..... 51
5.1.7 Análise dos Dados Qualitativos..... 51
5.2 Planejamento da Intervenção Educativa..... 52
5.3 Pesquisa Quase-Experimental..... 55
5.3.1 Participantes do Estudo..... 55
5.3.2 Elaboração e Validação do Instrumento de Coleta de Dados..... 55
5.3.3 Intervenção Educativa..... 56
5.3.4 Procedimento de Coleta de Dados..... 57
5.3.5 Análise dos Dados..... 57
5.4 Aspectos Éticos da Pesquisa..... 58
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 60
6.1 Resultados e Discussão da Pesquisa de Métodos Mistos..... 60
6.2 Resultados e Discussão da Pesquisa Quase-Experimental..... 105
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO..... 118
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 120

REFERÊNCIAS..... 124
APÊNDICES 139
ANEXOS 160

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) atende à população brasileira, sendo que aproximadamente 160 milhões de pessoas dependem unicamente do sistema. Sua produção anual é de, aproximadamente, 4 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 11,6 milhões de internações, 1,4 bilhão de consultas e de atendimentos e 900 milhões de exames (BRASIL, 2019a).

A base deste Sistema de Saúde se encontra na Constituição Federal de 1988, marco da redemocratização do país, que institucionalizou direitos (BRASIL, 1988). Recebe o nome de único por seguir os mesmos princípios organizativos (regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado) e doutrinários (universalidade, equidade e integralidade), sendo considerado um sistema nacional (BRASIL, 2020a).

O sistema brasileiro é reconhecido mundialmente pela implantação do Programa Nacional de Imunização, no atendimento à Atenção Básica e pelos avanços no atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis, cuja nomenclatura foi alterada para Infecções Sexualmente Transmissíveis, por meio do Decreto nº 8.901/2016 (BRASIL, 2006, 2016a).

Ao longo da história do SUS, houve muito progresso e desafios a serem superados, o que tem requerido dos gestores um movimento permanente de mudanças. Além da complexidade dos conteúdos normativos, existe dificuldade de impor normas gerais a um país tão grande e heterogêneo. Para superar as dificuldades encontradas, foi construído o Pacto pela Saúde 2006, que contempla os princípios do SUS e define prioridades em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. A instituição desse pacto em sua totalidade torna possível a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão, ou seja, municípios, estados e união, para o alcance da equidade social (BRASIL, 2006).

Enquanto o Pacto pela Vida é constituído de diversas ações sanitárias consideradas de prioridade, com resultados que impactam a situação de saúde da população, o Pacto em Defesa do SUS é um compromisso entre os gestores com ações para firmar o SUS como política pública e defender seus princípios alinhados com a Reforma Sanitária, entendendo saúde como direito de cidadania e focando nas questões de financiamento (BRASIL, 2006).

O Pacto de Gestão, por sua vez, aponta para a elaboração de um modelo de atenção à saúde que atenda aos desafios atuais a fim de responder às necessidades de saúde da população objetivando melhorar a qualidade e eficiência da gestão do SUS, com foco na descentralização das ações e garantia de acesso aos serviços de saúde de qualidade (BRASIL, 2005a).

Dentre as estratégias para a descentralização das ações, tem-se a regionalização e a hierarquização que são princípios organizativos do SUS que orientam que os serviços de saúde devem estar organizados em níveis de complexidade crescentes, em uma área geográfica delimitada, com população definida, possibilitando conhecimento maior dos problemas de saúde daquela população e favorecendo as ações em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1990).

Essas estratégias induzem a formação de sistemas de saúde mais funcionais e com relações intergovernamentais com maior cooperatividade. Sendo assim, o princípio de descentralização pode ser compreendido como a redistribuição das atribuições das ações e dos serviços de saúde entre os diversos níveis de governo, trazendo a tomada de decisão mais próxima ao problema, devendo promover a integralidade e a equidade no acesso, o que exige colaboração entre as esferas administrativas e o estabelecimento de uma gestão compartilhada nos serviços de abrangência regional (BRASIL, 1990, 2005a).

A integralidade é um dos princípios do SUS que objetiva atender ao indivíduo como um todo, em todas as suas necessidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento e a reabilitação de doenças. Já a equidade compreende diminuir as desigualdades, pois apesar das pessoas possuírem direito aos serviços de saúde, elas não são iguais e, por isso, possuem necessidades diferentes. Dessa maneira, a equidade significa tratar desigualmente os desiguais (BRASIL, 2020b).

O pacto visa modificar o modelo assistencial de saúde por meio de um arranjo em redes de atenção à saúde que integram ações de promoção da saúde, de atenção básica à saúde, de atenção especializada ambulatorial e hospitalar, de vigilância em saúde, de gestão do trabalho e de educação em saúde. Há o compromisso de diminuir a desigualdade em saúde, ampliar o acesso qualificado e humanizado da atenção, diminuir os riscos e agravos e aprimorar os mecanismos de gestão, financiamento e controle social (BRASIL, 2005a).

Desse modo, a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) surgiram como algumas das estratégias para o fortalecimento das alterações do modelo de gestão do SUS (BRASIL, 2014).

A PNH existe desde 2003 e tem por objetivo colocar em prática os princípios do SUS durante a execução do cuidado e da gestão em saúde, incentivando um ambiente benéfico de troca entre gestores, trabalhadores e usuários, com intuito de incentivar a comunicação entre esses três grupos, a fim de promover discussões sobre mudanças que proporcionem melhor forma de organizar o trabalho e o cuidado (BRASIL, 2017a).

Colocar em prática a humanização é reconhecer a importância dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores, dando oportunidade para maior autonomia, compartilhamento das responsabilidades, estabelecimento de elos e atuação conjunta nos processos de gestão e produção em saúde, para ampliar a capacidade de transformar a realidade em que vivem. Estimular essa comunicação é fundamental para a construção do enfrentamento coletivo das relações de poder, que muitas vezes produzem práticas desumanizadas e impedem o exercício da autonomia e da corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários em seu próprio cuidado (BRASIL, 2017a).

Já a Educação Permanente em Saúde (EPS), instituída em 2004, propõe a aprendizagem no trabalho, por meio da discussão de assuntos que possibilitem uma análise sobre o processo de trabalho, a autogestão e a transformação organizacional de maneira a possibilitar a mudança das práticas profissionais, a partir da proposta do aprender a aprender, do trabalho em equipe e da construção de espaços que se configurem como instrumento de aquisição de conhecimento individual, grupal e institucional. O intuito da PNEPS é transformar a atividade laboral, dando espaço para reflexões críticas, estimulando o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, visando à qualificação do atendimento em saúde (BRASIL, 2018).

Com a implantação das práticas de EPS pode ser observada melhoria da qualidade da assistência prestada ao usuário (SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017), na medida em que a formação no mundo do trabalho propicia aprendizagem significativa capaz de gerar resultados positivos.

Posto isso, de acordo com o sistema de saúde brasileiro, fica definido que o foco da ação governamental deve ser voltado aos cidadãos, objetivando superar os modelos tradicionais de operar ações de saúde, apoiando-se mais nas comunidades e no aprofundamento da descentralização da tomada de decisão e do poder. Para tanto, foi instituída, em 2007, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, com o propósito de agilizar e aprimorar a efetuação de processos de gestão estratégica e democrática como forma de assegurar a eficiência, eficácia e efetividade das ações nas três esferas de gestão (BRASIL, 2009a).

Práticas participativas que valorizam a participação da equipe no processo decisório estão sendo implantadas como estratégia para atingir níveis maiores de qualidade. Entretanto, ainda existem serviços que permanecem enraizados nos princípios da gestão tradicional que, associados a dificuldades gerenciais, como sobrecarga de trabalho e falta de recursos, geram efeitos negativos nos envolvidos, como o adoecimento dos trabalhadores (CASTRO, 2017a).

Nesse sentido, faz-se necessário entender os modelos tradicionais de gestão, ainda vigentes em várias realidades na área da saúde.

1.1 Modelos de Gestão Verticalizados

A existência de um administrador ou de um gestor é percebida desde a pré-história, quando as tribos mais simples obedeciam a um líder que tomava decisões e era responsável pelo bem-estar da coletividade. O aumento da complexidade da sociedade tornou ainda mais evidente a necessidade de um administrador (BARRETO, 2017).

Segundo Barreto (2017), no início do século XX, com a era da Revolução Industrial, as empresas surgiram com a necessidade de ofertar mais para atender a uma demanda crescente. Dessa forma, as empresas foram aumentando de tamanho de maneira desordenada, com mau aproveitamento de seus recursos, sendo necessários os primeiros estudos sobre administração das organizações, com intuito de aumentar suas eficiências e competências. É nesse contexto que surge a Teoria da Administração Científica de Taylor, com ênfase nas tarefas, e a Teoria Clássica da Administração de Fayol, com foco na estrutura organizacional.

Frederick Winslow Taylor foi um engenheiro norte-americano que se propôs a definir cientificamente os melhores métodos para realização das tarefas, com o auxílio de estratégias de racionalização e de padronização do trabalho do operário mediante o estudo do tempo e movimento (*Motion-time Study*). Defendia o pagamento de salários melhores para aumentar a eficiência organizacional (*homem econômico*), treinava os operários e controlava a execução das tarefas e o cumprimento das normas para que a produção fosse cumprida. O principal legado foi argumentar que a administração deveria ser estudada cientificamente e não empiricamente. No entanto, uma das principais críticas ao taylorismo é ter gerado uma superespecialização do operário, ignorando que esse é um ser humano e social (KATZ; ROBBINS, 2017).

Enquanto isso, na França, Henry Fayol tinha como cerne do seu trabalho a estrutura organizacional, a fim de garantir eficiência de todos os agentes envolvidos, estabelecendo alguns princípios para nortear o processo administrativo como, por exemplo, uma estrutura física apropriada, a especialização das tarefas e das pessoas, o direito de dar ordens e esperar obediência, remuneração justa, o enfoque nos interesses gerais da empresa que se sobrepõe aos interesses particulares dos trabalhadores e na autoridade, que deve se concentrar no topo da hierarquia da organização, destacando-se a importância dada à centralização das decisões (SALINAS, 2019).

Barreto (2017) menciona algumas críticas atribuídas à Teoria Clássica da Administração, como a inexistência de trabalho experimental, o processo de trabalho acontecendo como peças

engrenadas sem envolver as particularidades das percepções dos trabalhadores (Teoria da Máquina), a desconsideração do inter-relacionamento com o meio, a manipulação do processo de trabalho pelo administrador e a rigidez dessa abordagem, considerada conservadora e inflexível.

Com o intuito de reparar a alta propensão à desumanização do trabalho devido ao emprego de métodos rigorosos, científicos e precisos aos quais trabalhadores eram submetidos, surge a Teoria das Relações Humanas, que reconhece a busca pela eficiência, a racionalidade econômica e os métodos científicos para a realização do trabalho como pontos positivos da Teoria Científica e Clássica da Administração. Em contrapartida, traz a concepção de trabalhar com e por meio de pessoas e de grupos para o alcance dos propósitos institucionais mediante a motivação dos trabalhadores (NICOTERA, 2020).

Nessa teoria, o desempenho dos trabalhadores não pode ser reduzido a um sistema mecânico, pois o ser humano é envolvido pelo ambiente social e não trabalha apenas pelo salário, tendo também a necessidade de segurança, de aprovação social e de prestígio para se sentir motivado a trabalhar (NICOTERA, 2020).

Com o desdobramento da Teoria das Relações Humanas, surge, por volta de 1947, a Teoria do Comportamento Humano. Enquanto na primeira o ser humano não é motivado apenas pelo dinheiro, para a segunda, além desse aspecto, o ser humano é também considerado um trabalhador ativo e não somente um mero expectador (DUBIN, 2017; HERFELD, 2018).

Crozier (2017) destaca que em razão da ênfase dada pelas Teorias Científica e Clássica à busca pela eficiência do trabalho, e pelas Teorias das Relações e do Comportamento Humano à motivação do trabalhador, emerge, aproximadamente no início da década de 40 a Teoria Burocrática, com a necessidade de se pensar nos aspectos humanos e estruturais da organização. Contudo, essa teoria entende a burocracia como uma forma de acelerar a obtenção de resultados eficientes, com enfoque no aumento do lucro da organização. De acordo com o autor, as teorias citadas anteriormente são objetos de crítica por diversos estudiosos, pois não são analisados o ambiente onde as organizações estão inseridas, bem como a cultura, o perfil dos clientes, os hábitos e as tecnologias existentes.

Segundo Nunes *et al.* (2016), os modelos tradicionais de gestão, conhecidos como modelos gerenciais verticalizados e autoritários, comprometem o desenvolvimento do trabalho, tendo em vista que fragmentam as relações e provocam disputas profissionais, originando conflitos e comportamentos subversivos.

Ter poder significa ter capacidade ou habilidade de executar algo, exercer influência, imposição de obediência, controle total, exercer domínio sobre algo ou ter autoridade para tomar uma decisão (MICHAELIS, 2020).

No modelo de gestão verticalizado, a tomada de decisão tem uma característica centralizadora, ou seja, as decisões são tomadas pelas pessoas que detêm maior autoridade e estão no topo da escala hierárquica. Tais decisões já vêm prontas, de cima para baixo, não havendo compartilhamento do poder entre os demais membros da organização (ABUBAKAR *et al.*, 2019).

Silva e Arantes (2017) demonstraram que, sob a ótica de linhas hierárquicas verticalizadas, as relações de poder podem aparecer como imposições das opiniões de certos componentes da equipe, frequentemente prendendo os sujeitos às velhas práticas de subordinação em detrimento da autonomia.

Nesse modelo de gestão, as decisões são tomadas nos níveis superiores devido ao conhecimento global que o gestor tem da instituição. A organização é constituída de modo que quem ocupa o cargo mais alto é mais capacitado para tomar decisões do que aqueles que estão nos níveis hierárquicos mais baixos, o que acaba distanciando a tomada de decisão dos trabalhadores e das situações existentes no dia a dia de trabalho (ABUBAKAR *et al.*, 2019).

Consequentemente, ao se empregar essa estrutura, há um congestionamento nas linhas de comunicação, provocando atraso e distorções de informações, já que há o envolvimento de pessoas intermediárias nesse processo, na medida em que as pessoas que estão em um nível hierárquico mais baixo não conseguem ter comunicação direta com o gestor que ocupa o cargo mais alto na organização (BARRETO, 2017).

Estudos demonstram que a comunicação menos eficaz aparece com maior frequência em instituições verticalizadas em que o poder que as pessoas possuem está relacionado à posição na hierarquia. Observa-se que quanto mais níveis hierárquicos existentes, menos colaborativa é a relação entre os gestores e os colaboradores (LOPES, 2019; MURAD; LOURENÇO; NASCIMENTO, 2017).

Quando se estende a análise à área da saúde, percebe-se que os princípios da administração clássica, historicamente incorporados por gestores e por trabalhadores das instituições, amparam a rotina de trabalho e determinam os valores e práticas institucionais que permeiam a hierarquização. Essa concepção de trabalho fortalece a fragmentação do cuidado, dificulta o trabalho em equipe, provoca a insatisfação e desmotivação dos trabalhadores e, consequentemente, compromete a obtenção de um serviço de qualidade (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Esse modelo de gestão tem por finalidade a supervisão como forma de controle do trabalhador, dificultando a tomada de decisões coletivas. Na área da saúde, o enfermeiro é o profissional que mais exerce a função de gestor e, em razão disso, acaba se distanciando da equipe de enfermagem e do cuidado direto ao paciente, por se envolver em tarefas administrativas

burocráticas orientadas aos interesses da organização (GONÇALVES; SPIRI; ORTOLAN, 2016).

Pelo exposto, nota-se que modelos de gestão tradicionais, que apresentam estruturas formais e verticalizadas, apresentam várias limitações. Torna-se, portanto, necessário incentivar estratégias no interior das organizações que promovam discussões sobre as estruturas hierárquicas, a fim de estimular o fortalecimento do diálogo entre os membros da equipe e a descentralização do poder com intuito de incentivar a participação dos trabalhadores no processo decisório, para que essas estruturas não sejam consideradas impedimento ao bom desenvolvimento do trabalho (NUNES *et al.*, 2016).

1.2 Modelos de Gestão Inovadores

Após a Segunda Guerra Mundial, houve uma evolução surpreendente da administração por meio da busca da melhoria contínua e da qualidade total. Nesse contexto, surgem os modelos de administração japoneses que configuram modelos de gestão mais participativos, empreendedores e holísticos, estabelecendo competências e habilidades de conduta com ênfase na satisfação do cliente e na excelência empresarial (CALLEFI; CRUBELATE, 2020).

Esses modelos reforçavam que a qualidade e liderança eficaz eram ferramentas essenciais para as organizações alcançarem os resultados esperados e atingirem seus objetivos. Dentre essas ideias surge o *Kaizen*, que se constitui em uma teoria de melhoria contínua, que zela pelos valores humanos e culturais e que tem por objetivo garantir a qualidade por meio de pequenas melhorias nos processos (CALLEFI; CRUBELATE, 2020; TOMA; NARUO, 2017).

A Toyota foi uma das empresas que se apropriou desses conceitos no início da Teoria Contemporânea da Administração, ficando conhecida pelo seu padrão de manufatura *just-in-time*, surgindo assim, o sistema Toyota de produção. Segundo um dos criadores do sistema, Ohno (1997), esse sistema pode ser resumido como “aumentar a eficiência da produção pela eliminação consistente e completa de desperdícios”. Para tanto são utilizados três princípios: produção com qualidade, cujos problemas são tratados individualmente, estudando-se sistematicamente os erros para encontrar uma solução; eliminação de desperdício, produzindo apenas o necessário no momento certo e; produção enxuta, economizando recursos como matéria prima, energia e movimentos (ANTIERENS *et al.*, 2018; SUGANO, 2019; TOMA; NARUO, 2017).

Concomitantemente ao Sistema Toyota, o controle estatístico de qualidade (*Statistical Quality Control*) se popularizou no Japão e posteriormente no mundo ocidental, tendo como

propósito localizar desvios e erros no processo produtivo em comparação com o padrão já estabelecido e estudado (MONTGOMERY, 2020).

Sendo assim, após a década de 1950, a gestão da qualidade passou a fazer parte do planejamento estratégico das empresas. Esse modelo de gestão tem por base a participação de todos os trabalhadores nos processos da organização, visando ao sucesso a partir da satisfação do cliente. A gerência participativa, a educação permanente de todos os membros da empresa, a visão humanística da organização para com o trabalhador, a valorização do trabalho em equipe e a tomada de decisão baseada em informações são fundamentais ao sucesso desse modelo, assim como o planejamento para a melhoria contínua dos processos (ANDRADE, 2018; LOBO, 2020; SILVA; BARBOSA, 2016).

Com a implantação da gestão participativa nas organizações, ocorre a democratização das relações de trabalho, posto que os profissionais da instituição são incluídos nas tomadas de decisões relativas ao funcionamento institucional, aumentando consequentemente a autonomia e o empoderamento dos membros da equipe, já que estes são capazes de decidir sobre questões relacionadas ao cotidiano da empresa (CHIZOBA *et al.*, 2019).

Segundo Arendt (2012), o poder é uma relação que conduz à construção de uma vontade comum e que nasce da comunicação dirigida para a obtenção de um acordo. Para a autora, o poder não é o privilégio de um indivíduo no singular, porém o resultado da capacidade de agir conjuntamente.

Destarte, o compartilhamento do poder entre os integrantes da instituição, no modelo de gestão participativa, acaba por ampliar o comprometimento dos trabalhadores com a organização, causando um impacto positivo ao funcionamento do serviço, uma vez que a inclusão dos trabalhadores nas tomadas de decisões possibilita maior responsabilização na realização do trabalho. Ao participarem das decisões relacionadas ao processo produtivo da empresa, os profissionais se engajam mais na sua implementação, o que também proporciona bem-estar nos trabalhadores ao perceberem sua parcela de influência sobre as decisões da organização (CHIZOBA *et al.*, 2019).

Como há compartilhamento do poder e participação dos membros da equipe no processo decisório, esse arranjo gerencial funciona, por conseguinte como um espaço útil de diálogo (CHIZOBA *et al.*, 2019). Assim, a comunicação nesse cenário pode ser vista como um processo interativo para o alcance dos objetivos da instituição (OLIVEIRA; VOUGUINHA, 2019), sendo seu êxito o padrão comum nas relações positivas entre indivíduos ou entre organizações e seus empregados, o que acaba modificando as relações de trabalho (SPIERS *et al.*, 2016).

Estendendo esse olhar ao campo da saúde, Kekkonen *et al.* (2018) relatam que com o surgimento dos modelos gerenciais mais contemporâneos ocorre também uma mudança na organização do trabalho em saúde, especialmente na enfermagem.

Com a globalização, o ambiente de trabalho sofreu modificações. Sendo assim, não há mais como manter padrões arcaicos de gestão, verticalizados e centrados na tarefa (MOURA *et al.*, 2017).

Todas essas mudanças geram a necessidade de aquisição de novos papéis e o desdobramento de habilidades por parte dos profissionais de saúde, como por exemplo o trabalho em equipe, a coordenação de grupos, a tomada de decisão, a liderança e a comunicação (MOURA *et al.*, 2017).

O Brasil tem investido na flexibilização da gestão, de forma que os integrantes da equipe têm tido maior autonomia e participação nas decisões relacionadas ao cotidiano de trabalho, como mostrado em estudo sobre as percepções dos profissionais em relação ao modelo de gestão compartilhada no contexto de Saúde da Família de um município do estado de São Paulo. Esse estudo discorre sobre a importância do compartilhamento da tomada de decisão entre os membros do grupo para o fortalecimento do processo de trabalho, apontando a gestão compartilhada como sendo essencial para o trabalho em equipe (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ, 2019).

Esse modelo de gestão permite igualar o nível de importância de todos os profissionais, tornando-os responsáveis pelo resultado do trabalho, visto que possibilita a decisão compartilhada. Como resultados têm-se maior companheirismo, produtividade e rendimento da equipe (BRASIL, 2015).

Outro estudo realizado em uma Maternidade Pública Municipal de Minas Gerais mostrou que a implantação da gestão compartilhada melhorou a qualidade do cuidado prestado às pacientes atendidas na instituição, tanto no que diz respeito às competências técnicas, quanto ao atendimento humanizado. Após a implantação, houve dedicação dos gestores no investimento em infraestrutura, o que propiciou melhora nas condições de trabalho, culminando consequentemente com que os trabalhadores se sentissem mais valorizados. Houve ainda melhoria no processo de trabalho, aumento da participação dos trabalhadores no processo decisório com geração de espaços de escuta e de troca de informações, distribuição das responsabilidades e maior entrosamento da equipe, melhorando o relacionamento entre o grupo e, por conseguinte, aumento do entusiasmo e motivação (DEUS; MELO, 2015).

Corroboram estudos realizados tanto na realidade nacional como internacional, ao referirem que a implementação da gestão compartilhada permite mais diálogo entre a equipe e

dessa maneira incentiva a descentralização do poder e o compartilhamento da tomada de decisão (MCKNIGHT; MOORE, 2020; PENEDO; GONÇALO; QUELUZ, 2019).

Nessa perspectiva, cabe ressaltar que o gestor não nasce pronto: sua construção se dá no decorrer de sua formação pessoal e profissional. Os profissionais que desejam prosperar nessa área precisam desenvolver e aprimorar algumas características, entre elas planejamento, responsabilidade, comprometimento e autoconhecimento (GONÇALVES; SPIRI; ORTOLAN, 2016).

Cummings *et al.* (2018) destacam que a liderança focada nas pessoas e em suas relações demonstrou melhores resultados relacionados à satisfação do trabalho na enfermagem e a nível organizacional, do que a liderança focada em tarefas.

Nesse sentido, há que se destacar que ser um gestor flexível é um diferencial e ser um líder eficaz requer empenho, porém a conjugação dessas duas características possibilita como resultado a melhora da assistência ao paciente, uma vez que o processo de comunicação e o trabalho em equipe são estimulados (CUMMINGS *et al.*, 2018).

É a partir do fortalecimento da comunicação e da participação nas decisões que se consegue o compartilhamento das responsabilidades e a intensificação de vínculos. Portanto, as instituições de saúde vêm buscando gestores mais flexíveis que consigam adaptar seus estilos a situações particulares, o que gera melhores resultados assistenciais (CORÔA, 2016; HAYASHIDA *et al.*, 2019; LIMA *et al.*, 2017).

Contudo, a mudança do modelo de gestão não é simples. O estabelecimento de um dos aspectos mais significativos da gestão compartilhada, a tomada de decisão, já implica na mudança de processos previamente estabelecidos. Dessa forma, os profissionais precisam ser estimulados a realizá-la para que ocorra mudança de cultura, no entanto cientes de que a própria existência de pontos de vistas diferentes pode gerar conflitos (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ, 2019).

De qualquer forma, apesar das dificuldades, as instituições de saúde brasileiras têm buscado esforços no sentido de transformar a gestão por meio da implementação de propostas inovadoras que nascem com o objetivo de descentralizar o poder e a autoridade, focando na criação de métodos compartilhados que visam solucionar problemas, com sistemas de informação mais simples e direto, conforme apontado em estudo sobre gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, que resultou na formação de ambientes compartilhados de gestão e cogestão nas unidades de saúde (CARDOSO; OLIVEIRA; FURLAN, 2016).

Esses espaços de discussão e de tomada de decisão, segundo Pinafo, Carvalho e Nunes (2016), são importantes também no âmbito interfederativo para que ocorra o processo de corresponsabilização e de descentralização da gestão.

O governo federal também tem investido na modernização da gestão hospitalar por meio da criação, no ano de 2011, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A EBSERH, rede que engloba o órgão central da empresa e 40 Hospitais Universitários Federais, está ligada ao Ministério da Educação e é uma instituição pública totalmente comprometida com o SUS, cuja estrutura organizacional se caracteriza pelo estabelecimento das diretrizes para o arranjo de um modelo de atenção à saúde integral, que tem por objetivo superar a fragmentação da atenção e da gestão em saúde, por meio da implantação de fóruns colegiados com vistas a gestão democrática e participativa (BRASIL, 2019b).

Diante dessas contextualizações, passa-se às razões que justificam estudos nessa temática, bem como à delimitação do problema.

1.3 Delimitação do Problema e Justificativa

A pesquisa objetiva trazer maior visibilidade a uma temática que se destaca nos estudos da área de gestão e como um compromisso para o Ministério da Saúde, contemplada no Pacto pela Gestão do SUS. Aprimorar o entendimento em gestão no setor da saúde é fundamental, embora o aumento da complexidade do setor seja um enorme desafio para toda a estrutura organizacional que o constitui (BRASIL, 2005a).

Investimentos na competência em gestão no setor da saúde proporcionam importante impacto na sociedade. Nesse sentido, proceder à análise da situação atual de gestão nos municípios se faz emergente, haja vista a necessidade de se adotar um modelo de gestão que seja mais dialógico e participativo, que valorize a inclusão dos trabalhadores como partícipes nesse processo, de modo que se corresponsabilizem pelos resultados gerenciais e/ou assistenciais alcançados.

Em sua trajetória, o SUS está constantemente exigindo estratégias permanentes de gestão participativa e um arranjo organizacional adequado à realidade do país. Sendo assim, torna-se essencial focar nos princípios doutrinários e organizativos que o representam, mesmo diante da fragmentação e da burocratização de condutas ainda existentes (BRASIL, 2005a).

Nesse contexto, o pacto de gestão vem ao encontro da necessidade de continuação da organização do SUS, no sentido de consolidar o processo de descentralização, possibilitar a

transformação de alguns aspectos institucionais vigentes e promover inovações em alguns processos e instrumentos de gestão, com a finalidade de qualificação da gestão pública (BRASIL, 2005a).

O referido pacto estabeleceu os Colegiados de Gestão Regional (CGR) como instâncias efetivas de negociação, de pactuação e de cogestão (BRASIL, 2006). O CGR passou a ser denominado como Comissão Intergestores Regional (CIR), nomenclatura utilizada a partir do Decreto nº 7508/ 2011, sendo considerada uma instância de cogestão no âmbito regional que visa instituir uma via constante de negociações e de acordos entre os gestores municipais e o Estado, estipulando de maneira acordada as regras da gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2009b, 2011).

Apesar do exposto, há evidências da continuidade da utilização do modelo tradicional, ou seja, do modelo vertical de gestão, cujo poder está centralizado naqueles com posições mais elevadas nas instituições, sem abertura aos demais membros da equipe (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ, 2019).

Ratifica-se que a gestão participativa deve se constituir como prioridade para os sistemas de saúde, não somente na esfera nacional, como também internacionalmente. Investigações sobre essa temática, com foco em práticas contemporâneas e interdisciplinares, podem influenciar no desempenho das organizações de saúde e nos resultados finais da assistência prestada, visto que esses resultados estão inteiramente conectados à eficiência, à eficácia e à efetividade dos modelos de gestão adotados.

Assim, o objeto de estudo central dessa investigação versa sobre a análise da adoção do modelo participativo de gestão pelos prontos atendimentos dos municípios que integram o Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII), tendo em vista a reestruturação gerencial que tem ocorrido paralelamente à construção do SUS.

O DRS XIII é um dos 17 Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria do Estado de São Paulo. Compreende 26 municípios da região de Ribeirão Preto/ SP e tem por objetivo estruturar, articular, ordenar e gerenciar o sistema de saúde local e regional, assim como identificar a necessidade de compra de serviços de saúde; promover a articulação dos sistemas metropolitanos de saúde; avaliar, acompanhar e estabelecer a cooperação técnica dos sistemas de saúde e publicar as informações de saúde e gerenciais para o controle social do desempenho do sistema de saúde (SÃO PAULO, 2006).

Para tanto, faz-se necessária a análise da situação atual da gestão nos serviços de saúde. A partir dessa análise, é essencial proceder ao aperfeiçoamento dos gestores e dos trabalhadores para que novos saberes relacionados aos pressupostos do modelo compartilhado de gestão

sejam incorporados, de modo a proporcionar qualidade aos serviços de saúde por meio da mobilização das competências desenvolvidas.

2 Questões e Hipótese do Estudo

2 QUESTÕES E HIPÓTESE DO ESTUDO

Considerando a proposta do presente estudo de identificar a implementação do modelo participativo de gestão pelos serviços de saúde dos municípios de abrangência desta pesquisa e proceder ao aperfeiçoamento dos gestores e trabalhadores, para que novos saberes relacionados a este modelo de gestão sejam incorporados, pretende-se responder as seguintes questões:

1) O modelo participativo de gestão está implantado nos municípios que integram a área do estudo?
2) Qual a percepção dos gestores e dos trabalhadores sobre o modelo de gestão implantado?
3) Gestores e trabalhadores incorporaram conhecimentos relacionados ao modelo de gestão compartilhada após a ação educativa?

De acordo com a literatura, as hipóteses nula e verdadeira são representadas respectivamente por (H0) e (H1). Para tanto, a presente pesquisa buscou analisar a seguinte hipótese:

Hipóteses relacionadas à questão 3, previamente citada:

H0: O conhecimento dos gestores e dos trabalhadores sobre a gestão compartilhada é igual, antes e após a implementação da ação educativa.

H1: Foram incorporados conhecimentos sobre gestão compartilhada pelos gestores e pelos trabalhadores após a implementação da ação educativa.

3 Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

• Analisar a adoção do modelo participativo de gestão nos Prontos Atendimentos dos municípios que compõem o DRS XIII, na perspectiva dos gestores e trabalhadores de saúde.

3.2 Objetivos Específicos Quantitativos

- Realizar a análise do modelo de gestão implantado nos Prontos Atendimentos;
- Identificar as necessidades de aprendizagem dos gestores e dos trabalhadores acerca do modelo de gestão compartilhada a partir dos dados obtidos com a análise do modelo de gestão;
- Desenvolver e implementar uma intervenção educativa nos municípios em estudo;
- Avaliar o resultado da intervenção educativa por meio da aplicação de pré e pós-teste.

3.3 Objetivo Específico Qualitativo

- Identificar potencialidades e dificuldades relacionadas ao modelo de gestão dos Prontos Atendimentos.

4 Referencial Teórico

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste estudo, buscou-se um modelo teórico que tenha como foco a gestão nas organizações para tentar compreender como ela funciona em diferentes realidades. Adotou-se a abordagem teórica de Bolman e Deal (2017) que discute a importância da liderança e da gestão, igualmente essenciais para uma organização. Importante destacar que os autores são acadêmicos, consultores, especialistas em liderança, sendo que Bolman realizou funções adiministrativas, como Reitor Interino da Bloch Scholl of Management e presidente do departamento de Organizações, Liderança e Marketing (LA VERNE, 2020), ratificando sua experiência na área de gestão.

A mudança organizacional deve ser considerada como um desafio posto que a cada dia as instituições estão se reestruturando. Informações mudam e novas tecnologias surgem constantemente em áreas como telecomunicações, informática, medicina, engenharia, entre outros, que conduzem a esse processo dentro das organizações (EIDELWEIN; PAULON, 2017).

Diante desse cenário, qualquer mudança é vista como ameaçadora e introduz um alto nível de instabilidade na organização. Mudar um modelo de gestão é mexer em esquemas de poder, o que pode gerar uma série de conflitos internos. No entanto, quando a estrutura de poder muda com a transformação gerencial, formas alternativas de pensar sobre as organizações são necessárias, de modo que seja possível operar de forma diferente do modelo burocrático, fragmentado, rígido e formal baseado em Taylor e Fayol (CARDOSO; OLIVEIRA; FURLAN, 2016).

Esse tipo de gestão democrática é esperado e tem por objetivo implementar qualquer transformação utilizando conhecimentos e ideias que funcionem na prática. A fim de analisar e facilitar as mudanças organizacionais, Bolman e Deal (2017) elaboraram, a partir de *insights* gerados da pesquisa e da prática, quatro classificações ou quadros - estrutura, recursos humanos, política e símbolos. Os quadros ou classificações são um compilado de ideias e de premissas que possibilitam entender uma determinada situação sob aquele espectro, sendo cada classificação igualmente importante para a instituição.

Estrutura

A estrutura influencia o que acontece no local de trabalho, tanto aumentando como restringindo o que uma organização pode realizar. Objetiva alocar as pessoas em papéis e

relações corretas, acomodando tanto metas coletivas quanto diferenças individuais. Segundo Bolman e Deal (2017), estruturas em ambientes estáveis são muitas vezes hierárquicas e norteadas por normas rigorosas, porém nos últimos anos houve o aumento de estruturas mais flexíveis, com destaque para cooperação e qualidade dos serviços.

Com base em suas crenças e na filosofia da própria instituição, gerentes podem empregar uma variedade de métodos para coordenar os esforços individuais e grupais, verticalmente ou lateralmente.

Nesse sentido, a coordenação vertical possibilita a coordenação e controle do trabalho dos subordinados por meio da autoridade, das regras, das políticas e dos sistemas de planejamento e de controle. Somente os trabalhadores que ocupam altos cargos têm autoridade para tomar decisões alinhadas com as metas e os objetivos organizacionais. A coordenação lateral é geralmente menos formal e mais flexível, muitas vezes mais simples e mais rápida, visto que os trabalhadores podem negociar e decidir nos seus níveis, sem ter que passar por superiores (BOLMAN; DEAL, 2017).

Existem várias configurações estruturais e os gestores devem decidir o que é melhor para sua organização, porém, cedo ou tarde, mudanças internas ou externas forçam a remodelação de toda estrutura (DEARING *et al.*, 2017; NEIS; PEREIRA; MACCARI, 2017).

Recursos Humanos

Paralelamente à questão estrutural, as organizações devem pensar sobre as questões humanas, dada a relevância dos recursos humanos para as organizações. Eles “são” a organização que por sua vez não existiria sem eles. Assim, os empregadores precisam investir tempo e recursos necessários na organização e no desenvolvimento dos funcionários.

Uma adequada construção de papéis e de relações com objetivos e tarefas em comum é o elemento-chave para atingir equipes de alto desempenho. As estruturas dos grupos de trabalho podem ajudar ou prejudicar a sua efetividade. Há várias vantagens em se trabalhar com grupos pequenos e flexíveis: menores custos, maior eficiência e maior capacidade para responder às flutuações do negócio. Trabalhar com profissionais motivados é também uma vantagem poderosa e estratégica (BOLMAN; DEAL, 2017).

A partir de uma perspectiva interdisciplinar pode-se afirmar que a qualidade das relações humanas influencia a rotatividade no trabalho cuja diminuição é essencial para qualquer instituição de saúde que pretende consolidar um estilo de gestão participativa e aumentar a qualidade do atendimento. Obviamente, o grupo precisa de um líder que ajude e

desenvolva um senso comum de direção e compromisso. Dessa maneira, a troca de funcionários pode comprometer qualquer processo de mudança de gestão, uma vez que o processo educativo e de adaptação deve reiniciar, incluindo o engajamento com os pressupostos políticos (LANZONI; MEIRELLES; CUMMINGS, 2016).

Além disso, para melhorar a qualidade no trabalho, estratégias organizacionais, assim como, trabalho em equipe, tomada de decisão, comunicação e ações integradas para construir confiança entre os membros de um grupo de trabalho poderão ser postas em prática pela administração da instituição de saúde (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016). É por isso que os empregadores devem incentivar a autonomia, a participação e encorajar equipes de autogestão.

Uma estrutura de grupo de trabalho que enfatiza hierarquia e controle vertical tende a trabalhar bem em tarefas simples e estáveis. Com um trabalho mais complexo, o ambiente se torna mais turbulento e a estrutura precisa evoluir para uma mais multifacetada com comunicação e coordenação laterais (BOLMAN; DEAL, 2017).

Política

Cinco proposições resumem o quadro político: as organizações são caracterizadas pela união de sujeitos e grupos de vários interesses; essas pessoas apresentam diferenças de princípios, crenças, conhecimentos, desejos e compreensão da realidade; as decisões mais importantes englobam a destinação de recursos escassos; diferenças e recursos escassos colocam conflitos no centro da dinâmica do dia a dia tornando o poder o trunfo mais relevante e; metas e decisões surgem da barganha e da negociação entre as partes interessadas concorrentes disputando os seus próprios interesses. Na ótica dessa classificação, todo processo organizacional é inerentemente político (BOLMAN; DEAL, 2017).

Sendo as organizações espaços compostos por indivíduos e por grupos que devem lidar com as suas diferenças em meio a recursos escassos, o poder aparece como uma peça fundamental desse quadro. O poder nas organizações é a habilidade de fazer as coisas acontecerem (BOLMAN; DEAL, 2017).

Embora todo processo de mudança seja difícil, é necessário refletir sobre o modelo de gestão compartilhada olhando para o poder por meio da lógica consensual, em que as pessoas realizam acordos para melhor trabalhar em equipe. Sendo assim, faz-se necessário o entendimento do poder de forma diferente da perspectiva de mando e subordinação, utilizando-

se de uma gestão mais participativa que tem por objetivo desmontar as relações de poder determinadas rigorosamente pelas organizações (STRECK; PITANO; MORETTI, 2017).

O consenso, que diz respeito à concordância de opiniões, em um determinado grupo de pessoas, leva a uma decisão após a reflexão do grupo, tendo em vista a resolução de um problema (MICHAELIS, 2020). É através dele que se reconhece que o homem não pode realizar nada sozinho, ou seja, para conseguir algo no mundo, deve-se agir em conjunto. O agir conjunto atribui autoridade ao poder e permite, por meio da atuação dos indivíduos, dar vida e criatividade às instituições de uma sociedade (ARENDT, 2012).

Símbolos

A maioria das teorias construídas sobre premissas estruturais assumem que o melhor design é o que mais contribui para a estratégia de eficiência e sucesso nas metas. No entanto, o quadro simbólico também é importante para a organização. Ele diz respeito em como os seres humanos interpretam esse mundo confuso e dúbio. Significado, crença e fé são as suas preocupações essenciais (BOLMAN; DEAL, 2017).

As organizações estão constantemente mudando e os símbolos assumem muitas formas nesses locais. A visão torna a ideologia da organização em uma imagem de futuro. É uma fantasia normal, abrilhantando novas possibilidades dentro do universo de mitos e de princípios (BOLMAN; DEAL, 2017). Do ponto de vista simbólico, as organizações são julgadas tanto pela aparência como pelos resultados e a estrutura desempenha um importante papel simbólico.

Nesse contexto os líderes excercem o papel de auxiliar na construção desse sistema de significados da instituição com os símbolos construindo o sentido de trabalho (BOLMAN; DEAL, 2017). Quando analisa-se a liderança em enfermagem, o trabalho em equipe aparece como um facilitador na atuação do enfermeiro como líder (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

As quatro interpretações dos processos organizacionais são todas igualmente importantes e têm que ser consideradas, especialmente quando se almeja alguma mudança organizacional com vistas à melhoria da qualidade.

A transformação na **estrutura** é imprescindível na medida em que se pretende trabalhar na lógica participativa. O organograma vertical impõe poder com cargo instituído, a comunicação se dá por meio de informação, levando, portanto, a um conteúdo racional duro e racionalismo em grande extensão. Já o organograma horizontal leva ao poder de acordo com o potencial individual, a comunicação por meio de relação com vínculo, afeto, demonstração de sentimentos, levando a um conteúdo racional com sensibilidade e com muita intuição. Isso é o

que se pretende quando se trata da implantação de estruturas gerenciais flexíveis (LOPES, 2019).

Contudo, somente o fato de horizontalizar o organograma ou diminuir a hierarquia, não superam as relações de poder, de subordinação e de domínio. As novas propostas aparecem com o intuito de descentralizar o poder, com estratégias compartilhadas de solução de problemas e informações mais claras e diretas (MORLEY; CASHELL, 2017).

Outro aspecto importante a se levar em conta é o trabalhador e sua inserção nesse novo contexto. Os **recursos humanos** e suas crenças, **símbolos**, culturas são essenciais na condução dessa proposta gerencial. A assistência rotinizada, em que os pacientes recebem cuidados automatizados, de ações padronizadas pode levar ao tédio e à falta de interesse real dos profissionais que estão diante de uma organização social condenada à monotonia constante. Portanto, deve-se dar margem à criatividade, deixar os trabalhadores participarem do processo de construção dessa nova lógica, de forma que coloquem suas crenças, suas preocupações. Somente assim haverá crescimento conjunto e superação das adversidades. A quebra das estruturas de mando-subordinação e a distribuição do poder com o estabelecimento de uma **política** que valorize a opinião das pessoas é necessária e saudável nesse caso (BERNARDES *et al.*, 2015).

Para ligar esses quadros descritos por Bolman e Deal às diferentes situações, os gestores eficazes precisam de múltiplas ferramentas, de sabedoria e de habilidade para usar cada um. Eles também têm que ajudar os trabalhadores a olhar além da realidade de hoje para novas formas de gestão que contribuirão para melhorar o desempenho coletivo.

É por isso que a dimensão participativa da gestão alcançou maior importância, principalmente por causa das demandas dos empregados e do público em geral. Quanto à participação dos trabalhadores na gestão, há uma proposta para a participação em caráter coletivo e para a representação de grupos e de unidades (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ, 2019). Para conseguir isso, os gestores devem ter que pensar sobre a estrutura, recursos humanos, política e símbolos.

5 Procedimento Metodológico

5 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Foi realizado um estudo de métodos mistos multifásico, executado em três fases: 1) Estudo incorporado concomitante, 2) Desenvolvimento de intervenção educativa e 3) Estudo quase-experimental.

Na primeira fase foi realizada a análise do modelo de gestão por meio de um estudo misto, caracterizado pelo desenho incorporado concomitante. Para a abordagem quantitativa, foi utilizado o estudo descritivo; já a abordagem qualitativa foi caracterizada como descritiva-exploratória, sendo utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo para análise dos dados, gerando representações sociais.

No desenho incorporado concomitante, o pesquisador reune e examina tanto dados quantitativos quanto qualitativos no decorrer de um mesmo período durante o desenvolvimento da pesquisa e combina os dois grupos de dados, buscando a relação entre eles para uma interpretação geral (CRESWELL; CLARK, 2013).

Segundo Creswell e Clark (2013), esse tipo de estudo é realizado quando o pesquisador quer comparar os dados estatísticos quantitativos com os dados qualitativos, a fim de corroborar e validar os achados, para ter maior compreensão do fenômeno estudado. O pesquisador pode incluir questões abertas e fechadas em um único questionário, sendo que os resultados das questões abertas são utilizados para confirmar ou validar os resultados das questões fechadas.

Sendo assim, os dados quantitativos e qualitativos foram coletados concomitantemente, porém, atribuiu-se maior peso à abordagem quantitativa. O estudo quallitativo teve papel secundário e complementar. A combinação dos dados foi realizada ao final por meio de incorporação, pois os dados qualitativos foram utilizados para complementar e aprofundar a análise quantitativa dos dados (OLIVEIRA; MAGALHÃES; MATSUDA, 2018).

Usa-se a notação abreviada QUAN (qual) para descrever esse tipo de projeto. No desenho incorporado, depois de coletar simultaneamente os dados quantitativos e qualitativos, o pesquisador analisa as informações separadamente para depois fundir os dois tipos de dados. Quando o propósito é corroborar ou relacionar dois conjuntos de dados sobre um mesmo tópico, recomenda-se que os indivíduos da amostra qualitativa sejam os mesmos da amostra quantitativa. Dessa forma, os métodos qualitativo e quantitativo documentam o mesmo fenômeno integrando-se na análise de forma a entender mais holisticamente o evento (CRESWELL; CLARK 2013).

Em uma pesquisa de método misto, os dados quantitativos e qualitativos a serem coletados são escolhidos com base na natureza, na viabilidade e na pergunta da pesquisa (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013).

A combinação dos dois tipos de dados, sendo o qualitativo frequentemente associado a “palavras” e o quantitativo a “números”, facilita o processo de validação empírica dos resultados da pesquisa, incluindo análises estatísticas e textuais, sendo que cada dado pode ser analisado independentemente, utilizando as técnicas tradicionalmente associadas a ele (DOORENBOS, 2014; SHAFFER, 2013). Dessa forma, o pesquisador aumenta a capacidade de analisar as diferentes dimensões de um problema de pesquisa, incluindo aquelas que não são passíveis de quantificação, de modo a entender a natureza dinâmica das relações interpessoais e de grupo, no contexto em que está sendo estudada (GARBARINO; HOLLAND, 2009).

Portanto, o método misto agrega valor à pesquisa, na medida em que o mundo é complexo e existem muitas maneiras de entendê-lo, todas com pontos fortes e limitações (SHAFFER, 2013).

Ao considerar o crescimento do uso dos métodos mistos na área de enfermagem pela possibilidade da riqueza de análise que um só método não conseguiria alcançar, constituindo-se assim como um caminho para responder à complexidade das questões estabelecidas na área da saúde, optou-se por esse delineamento para esta pesquisa (DOORENBOS, 2014).

Na abordagem quantitativa, o estudo foi caracterizado como descritivo. Nesses estudos, descrições específicas de variáveis existentes são coletadas e as informações são utilizadas a fim de verificar e de explicar circunstâncias e condutas atuais. O estudo descritivo é empregado quando se deseja explorar informações relacionadas à característica de um grupo específico de sujeitos, de instituições ou de situações (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2017; POLIT; BECK, 2019).

Já para a investigação dos dados qualitativos, foi empregada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), sendo os dados registrados na primeira pessoa do singular, pretendendo suscitar o efeito de um pensamento coletivo. A finalidade desse tipo de análise é reflexionar sobre a capacidade de manifestar o ponto de vista ou o pensamento coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006).

Enquanto a pesquisa qualitativa permite compreender significados, a quantitativa investiga questões de pesquisa que descrevem fenômenos, testando a relação entre as variáveis. Os dados numéricos em um estudo quantitativo são analisados pela aplicação de métodos estatísticos, sendo assim, as técnicas utilizadas na pesquisa quantitativa são sistemáticas e a metodologia é rigorosamente controlada (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2017).

A proposta do DSC elenca e articula as declarações coletadas em investigações empíricas de opinião mediante questões abertas, originando depoimentos coletivos que serão confeccionados por meio dos depoimentos individuais. Essa opinião coletiva é caracterizada

também como uma variável quantitativa, visto que expressa ideias compartilhadas por uma quantidade de pessoas que partilham da mesma opinião (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006).

Vale ressaltar que a importânica das questões abertas em um questionário, se dá pelo fato de que o respondente emite sua opinião, que representa seu pensamento, suas crenças e seus valores, fato que não ocorre quando o questionário é elaborado somente com questões fechadas, em que o respondente escolhe uma resposta entre as alternativas oferecidas pelo pesquisador (MARINHO, 2015).

A técnica do DSC consiste em agrupar conteúdos de declarações com significados parecidos, sob a forma de discursos únicos. Esses conteúdos, reunidos em um mesmo discurso e registrados na primeira pessoa do singular, procuram causar no leitor a sensação de coletividade falando. As declarações são consideradas representações sociais (posto que as pessoas emitem julgamentos e opiniões) com conteúdo, pois são detalhadas e justificadas, o que permite melhor entendimento do que as pessoas pensam sobre um determinado assunto. As informações recebidas pelos indivíduos passam pelo filtro da consciência individual e vão compor suas representações sociais (LEFEVRE; LEFEVRE; MARQUES, 2009).

Tendo em vista que as pessoas pensam com base em representações sociais existentes, elas podem expressar seus posicionamentos e suas opiniões por meio de discursos. Esses discursos vão transparecer o que pensam as coletividades, como pensam e como esse pensamento se difunde no espaço social. Os discursos são produzidos selecionando-se as Expressões-Chave (ECHs) de uma resposta individual e identificando-se as Ideias Centrais (ICs). Em seguida, as ECHs são agrupadas a outras respostas com sentidos semelhantes, constitundo-se em um depoimento síntese, que expressa uma opinião coletiva de uma pessoa coletiva redigido na primeira pessoa do singular. Em outras formas de análises qualitativas, o diálogo do discurso se apresenta fragmentado, disperso, funcionando muitas vezes como ilustração para o posicionamneto teórico do pesquisador (LEFEVRE; LEFEVRE; MARQUES, 2009).

Esse tipo de análise se torna complexa, na media em que há uma interação entre as partes e o todo e transforma o depoimento bruto em depoimento trabalhado, identificando o sentido ou os sentidos de cada depoimento e ao agrupar os depoimentos semelhantes em depoimento único expressam de forma descritiva as representações sociais e a relação de interação entre os interlocutores por meio do texto. O DSC abre novas possibilidades de relações entre o todo e as partes, entre o individual e o coletivo e entre o qualitativo e o quantitativo (LEFEVRE; LEFEVRE; MARQUES, 2009).

Ao combinar os dois tipos de abordagens, ou seja, a abordagem quantitativa e a qualitativa, espera-se compreender melhor o problema em estudo, somando-se as tendências

numéricas da pesquisa quantitativa com a profundidade da pesquisa qualitativa (CRESWELL; CLARK, 2013).

Na segunda fase foi planejado o desenvolvimento da intervenção educativa e na terceira fase da pesquisa foi desenvolvido um estudo quase-experimental, tipo grupo único, pré e pós-teste. Nesse tipo de estudo, não há randomização ou grupos de controle, sendo usado quando há somente um grupo disponível para o estudo. Os dados são coletados antes e após o tratamento experimental em um único grupo de sujeitos (POLIT; BECK, 2019).

O estudo quase-experimental é realizado quando o pesquisador quer trazer à tona um efeito desejado e está interessado em fazer algo acontecer (JOHNSON; CHRISTENSEN, 2019). A finalidade, nesse caso, é oferecer uma intervenção educativa aos gestores e aos trabalhadores dos municípios, a fim de capacitá-los acerca dos pressupostos da gestão compartilhada.

É quase-experimental porque representa uma intervenção sobre um grupo populacional, cuja amostra foi dada por conveniência. Nesse estudo, os profissionais foram o próprio controle antes e após a intervenção. Assim, foi comparado o conhecimento dos gestores e dos trabalhadores acerca dos pressupostos do modelo de gestão compartilhada, antes e após a implementação da ação educativa.

Fluxograma: Fluxograma do Estudo de Métodos Mistos Multifásico

Projeto Multifásico

Desenho Incorporado Concomitante:

- ✓ Análise do modelo de gestão;
- ✓ Estudo descritivo para a abordagem quantitativa;
- ✓ Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo para a abordagem qualitativa;
- ✓ Dados quantitativos e qualitativos examinados em um mesmo período durante o desenvolvimento da pesquisa;
- ✓ Combinação dois grupos de dados, buscando a relação entre eles para uma interpretação geral.

↓

Planejamento do Desenvolvimento da Intervenção Educativa:

- ✓ Elaboração do plano educativo junto ao grupo de pesquisa;
- ✓ Programação do horário, data e locais para a realização da intervenção educativa;
- ✓ Convite gestores e trabalhadores a participarem da intervenção educativa;

↓

Estudo quase-experimental:

- ✓ Intervenção educativa sobre gestão compartilhada aos gestores e aos trabalhadores dos municípios;
- ✓ Dados coletados antes e após o tratamento experimental em um único grupo de sujeitos;
- ✓ Pré e pós-teste para comparar o conhecimento antes e após a intervenção educativa.

Fonte: dados da pesquisa.

5.1 Pesquisa de Métodos Mistos

Conforme mencionado, na primeira fase da presente investigação foi realizado um estudo de métodos mistos, com a finalidade de realizar a análise da situação atual da gestão nos serviços de saúde dos municípios que integram a pesquisa.

Os dados quantitativos e qualitativos foram analisados separadamente e fundidos para fins de discussão.

5.1.1 Local do Estudo

Este estudo foi realizado nos Prontos Atendimentos (PAs) pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de municípios que compõem o DRS XIII.

Os Departamentos Regionais de Saúde são instâncias de gestão regional, as quais foram reorganizadas e dispostas conforme o Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Esse decreto permitiu a reorganização das Direções Regionais de Saúde, instituídas pelo Decreto nº 49.343, de 24 de janeiro de 2005, alterando, além da sua nomenclatura, a organização das estruturas funcionais, permitindo a execução de ações adequadas à realidade atual do SUS (SÃO PAULO, 2006).

Nessa vertente, o DRS de Ribeirão Preto, considerado o décimo terceiro Departamento formado pelo Estado de São Paulo – DRS XIII, foi o local utilizado para o estudo em questão, visto sua responsabilidade na coordenação das atividades da Secretaria de Estado de Saúde a nível regional e sua articulação junto aos municípios pertencentes.

Atualmente, o DRS XIII é composto por 26 municípios e, com a territorialização, os municípios estão divididos em três Comissões Intergestores Regionais (CIR), a saber: Aquífero Guarani (Cravinhos, Guatapará, Jardinópolis, Luís Antônio, Ribeirão Preto, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa de Viterbo, São Simão, Serra Azul e Serrana), Vale das Cachoeiras (Altinópolis, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Santa Cruz da Esperança e Santo Antônio da Alegria) e Horizonte Verde (Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis e Sertãozinho).

Devido ao grande número de unidades de saúde dessa região, a pesquisa foi direcionada para os PAs, que são unidades com o perfil de responder às solicitações de forma mais ágil e com maior resolutividade. Os PAs concentram uma demanda reprimida do restante do sistema que resulta no atendimento de necessidades de diversos níveis de complexidade, sendo um reflexo da gestão das SMS (RODRIGUES; SANTOS, 2019).

Dos 26 municípios que compõem o DRS XIII, 18 possuem Pontos Atendimentos que pertencem à Secretaria de Saúde, sendo eles: Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Dumont, Guatapará, Jaboticabal, Jardinópolis, Luiz Antônio, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santo Antônio da Alegria, Serra Azul, Serrana, Sertãozinho e Ibitiúva, que é distrito de Pitangueiras.

Dentre esses, oito municípios foram selecionados como local de pesquisa: Barrinha, Brodowski, Cajuru, Jaboticabal, Jardinópolis, Ribeirão Preto, Santo Antônio da Alegria e Sertãozinho. Os critérios que culminaram para a seleção desses oito municípios serão exemplificados nas seções abaixo.

5.1.2 Participantes do Estudo

Este estudo foi realizado com os gestores municipais e os trabalhadores dos PAs pertencentes às SMSs dos oito municípios selecionados.

Foram convidados a participar, então, oito gestores municipais que atuam nos municípios pertencentes ao DRS XIII. Além dos gestores, foram também incluídos na amostra médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam nos PAs desses municípios.

5.1.3 Amostra do Estudo

Para obtenção de amostra representativa da população em estudo, foi utilizado o método PPT (Probabilidade Proporcional ao Tamanho). A população de estudo consiste em 792 funcionários de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem) que trabalham nos serviços de PA de 18 municípios do DRS XIII, cuja distribuição encontra-se na Tabela 1.

Devido à heterogeneidade em relação à quantidade de funcionários dos PAs pertencentes aos municípios selecionados, optou-se pela amostra por conglomerados, que compreende uma metodologia probabilística, em que as unidades amostrais são conjuntos (*clusters*) de elementos, devendo ser heterogêneos, entretanto, semelhantes entre si no tocante à variável de interesse (HADDAD, 2004).

Tabela 1 – Profissionais que trabalham nos serviços de Pronto Atendimento (n=792), de 18 municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

(continua)

Município	Pronto Atendimento	Nº de Funcionários
Barrinha		20
Batatais		71
Brodowski		43
Cajuru		19
Cássia dos Coqueiros		11
Dumont		13
Guatapará	Mombuca	3
	Orestes de Moura Pinto	14
Jaboticabal		36
Jardinópolis		56
Luiz Antônio		31
Pitangueiras		4
Pradópolis		42
Ribeirão Preto	Vila Virgínia	113
	Quintino II	49
	Central	91
	Unidade de Pronto Atendimento	20
Santa Cruz da Esperança		11
Santo Antônio da Alegria		17
Serra Azul		27
Serrana		37

Tabela 1 – Profissionais que trabalham nos serviços de Pronto Atendimento (n=792), de 18 municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

(conclusão)

Município	Pronto Atendimento	Nº de Funcionários
Sertãozinho	Alvorada	17
	Cruz das Posses	24
	COHAB III	12
	Jardim Santa Rosa	11
Total		**792**

Fonte: dados da pesquisa.

Sendo assim, para o cálculo amostral pelo método de Amostragem Aleatória Simples (AAS) foi usada a seguinte fórmula:

$$n_{srs} = \frac{q_{1-\alpha/2}^{2}\,\hat{p}_{srs}\hat{q}_{srs}}{d^2} \qquad (1)$$

Onde $\hat{p}_{srs}$ é a probabilidade do participante responder que a instituição adota o modelo compartilhado de questão, $\hat{q}_{srs}$ = 1 - $\hat{p}_{srs}$, d é o nível desejado de precisão e α é o nível de significância adotado. Para se efetuar a correção do cálculo amostral para possíveis perdas é adotada a expressão:

$$n_{srsc} = \frac{n_{srs}}{(1-pe)} \qquad (2)$$

Onde *pe* é o porcentual de perda esperada.

Para efetuar o cálculo do tamanho amostral no método PPT efetua-se o seguinte cálculo:

$$n_{pps} = deff \times n_{srsc} \qquad (2)$$

Onde n_{srs} é o tamanho amostral calculado na expressão 1 e $deff$ é denominado como efeito do delineamento, cuja expressão é dada por:

$$d\hat{e}ff = \frac{\hat{\text{var}}(\hat{p}_{pps})}{\hat{\text{var}}(\hat{p}_{srs})} \qquad (3)$$

Onde $\hat{\text{var}}(\hat{p}_{pps})$ é a variância amostral calculada pelo método PPT e $\hat{\text{var}}(\hat{p}_{srs})$ é a variância amostral calculada pelo método AAS.

Por sua vez a variância amostral do método PPT é calculada por:

$$\hat{\text{var}}(\hat{p}_{pps}) = \frac{\sum_{i=1}^{m}\left(\hat{p}_i - \hat{p}_{pps}\right)^2}{m(m-1)} \qquad (4)$$

Onde *m* é o número de *clusters* (Prontos Atendimentos), $\hat{p}_{pps}$ é a proporção média dos *clusters* e $\hat{p}_i$ é a proporção do i-ésimo *cluster*. E o número de *clusters* que vão ser selecionados é dado por:

$$n_m = \frac{n_{pps}}{m} \qquad (5)$$

O programa usado para o cálculo amostral foi o R (R Core Team, 2017) versão 3.4.1 que pode ser adquirido gratuitamente de www.r-project.org.br.

A prevalência de resposta positiva sobre a adoção do modelo compartilhada de gestão tomada como base para o cálculo amostral foi assumida desconhecida. Bolfarine e Bussab (2005), com propósito de alcançarem uma estimativa conservadora de amostragem, recomendam o valor de prevalência de 50% ($\hat{p}_{srs} = 0.50$), que decorre em uma amostra que contemple qualquer valor de $\hat{p}_{srs}$.

Assumindo-se um nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$), uma precisão de 11,25% (d = 0.1125), efeito de delineamento ($deff$) de 2.19, perda esperada de 30% e número de Prontos Atendimentos (m)=25, chegou-se no número de 10 Prontos Atendimentos, cujo total de funcionários é de 347 pessoas, conforme ilustrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Prontos Atendimentos (n=10) e profissionais (n=347) de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

(continua)

Município	**Pronto Atendimento**	**Número de Profissionais**
Barrinha	PA Barrinha	20
Brodowski	PA Brodowski	43
Cajuru	PA Cajuru	19
Jaboticabal	PA Jaboticabal	36
Jardinópolis	PA Jardinópolis	56

Tabela 2 – Prontos Atendimentos (n=10) e profissionais (n=347) de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

(conclusão)

Município	Pronto Atendimento	Número de Profissionais
Ribeirão Preto	Unidade de Pronto Atendimento	20
Ribeirão Preto	PA Vila Virgínia	113
Santo Antônio da Alegria	PA Santo Antônio da Alegria	17
Sertãozinho	PA Cohab III	12
Sertãozinho	PA Jardim Santa Rosa	11
Total		**347**

Fonte: dados da pesquisa.

Vale ressaltar que a seleção dos trabalhadores foi realizada mediante uma lista fornecida pelas Secretarias de Saúde de cada município em estudo. Contudo, no momento da coleta de dados, foram incluídos trabalhadores que não estavam na lista fornecida pelas Secretarias de Saúde, desde que atendessem aos critérios de inclusão.

Foram incluídos neste estudo trabalhadores contratados pelas Secretaria de Saúde por meio de concursos públicos que atuassem nos PAs por tempo igual ou superior há seis meses. Foram excluídos aqueles que estivessem de férias ou em gozo de licenças de quaisquer tipos. A opção pela inclusão dos trabalhadores com vínculo por meio de concursos se deu por se entender que esses permanecerão no serviço após a capacitação, haja vista que têm vínculo efetivo com a Secretaria de Saúde representando, portanto, potenciais propagadores do conhecimento. Já a inclusão daqueles com seis meses ou mais de admissão se deu pela compreensão de que já têm vivência do modelo de gestão adotado.

Assim, obteve-se um total de 342 profissionais aptos a participarem da pesquisa, dentre eles: 53 médicos, 61 enfermeiros, 220 técnicos e auxiliares de enfermagem e oito gestores, sendo três enfermeiras, um administrador de empresas, um advogado, uma veterinária e dois médicos. Desses, 229 aceitaram participar da pesquisa, sendo 223 trabalhadores e seis gestores.

Ressalta-se que foram atribuídos códigos para especificação dos gestores (G1, G2, ..., G4) e trabalhadores (T11, T20, T25..., T32), assim como para especificação de suas profissões (administrador de empresas - AD, enfermeiro - E, médico - ME, técnico de enfermagem - T e

auxiliar de enfermagem – A), com vistas a garantir o anonimato dos mesmos. Semelhantemente foi feito para os municípios (M1, M2, ..., M7), Secretarias de Saúde (S11, S12, ..., S18) e Unidades de Pronto Atendimento (U1, U2, ..., U10). As letras para especificação dos gestores e trabalhadores foram seguidas do número de identificação dos instrumentos de coleta de dados, sendo que para a especificação dos municípios, Secretarias de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), essa numeração foi aleatória.

5.1.4 Elaboração e Validação do Instrumento de Coleta de Dados

Para a coleta de dados da primeira fase da pesquisa QUAN (qual), foi elaborado um questionário por pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Liderança, Gestão e Gerenciamento em Serviços de Saúde e Enfermagem (LIGGEn), cadastrado no Diretório do CNPq. Tal instrumento foi composto por questões relacionadas a dados sociodemográficos, seis questões fechadas e quatro questões abertas que visavam proceder à análise acerca da utilização ou não do modelo compartilhado de gestão. Foram identificadas as potencialidades e de dificuldades relacionadas ao modelo de gestão adotado na instituição. Os participantes da pesquisa também tiveram a oportunidade de relatar alguma informação que julgassem relevante (Apêndice A).

Foi realizada a validação de aparência e do conteúdo do instrumento de coleta de dados por juízes da área de Gerenciamento. Segundo Lobiondo-Wood e Haber (2017), a validação de aparência é necessária para averiguar se a aparência do questionário é capaz de refletir o conceito, ao passo que a validação do conteúdo apura se o conteúdo apresentado consegue transmitir de forma adequada o conceito. Os validadores consistiram em cinco profissionais que atuam em gestão e que não fizeram parte da amostra.

A partir da validação, foram realizadas algumas alterações no instrumento de coleta de dados atribuído aos gestores e aos trabalhadores. A palavra gênero foi alterada para a palavra sexo. Foi retirado o item “cargo ocupado na instituição” do questionário dos gestores e o turno de trabalho diário de ambos os instrumentos de coleta foi padronizado em horas, retirando-se o item “manhã, tarde e noturno”. O “tempo de trabalho total” foi alterado para “tempo de trabalho na área da saúde”. Ademais, foi incluída a definição de gestão compartilhada, de maneira que os participantes da pesquisa tivessem o mesmo entendimento acerca do tema. Foi também acrescentada a palavra “implementação” à palavra “processo”, do terceiro item da questão 1a de ambos os questionários. Foram realizadas alterações nas questões três e quatro do instrumento de coleta de dados dos gestores e na questão quatro do questionário dos

trabalhadores, sendo o verbo “justifique” alterado para “exemplifique”. Foi incluída a palavra “equipe” na questão número três do questionário dos gestores e acrescentado a expressão “de que forma” na questão número três do questionário dos trabalhadores. Na questão número cinco do questionário dos gestores e dos trabalhadores foi incluída a pergunta: “se não, como ocorre?”. Finalmente, foi acrescentada a questão número oito aos questionários dos gestores e dos trabalhadores para que os participantes da pesquisa acrescentassem alguma informação que julgassem relevante.

Após a validação do instrumento, realizou-se um teste-piloto com gestores atuantes na área hospitalar e com profissionais que fazem parte do quadro de funcionários do DRS em estudo, de modo a permitir que fossem feitos ajustes prévios à coleta de dados definitiva. Esses profissionais também não fizeram parte da amostra.

Após o teste-piloto incluiu-se a definição de gestão tradicional, para que os participantes da pesquisa apontassem com mais segurança qual o modelo de gestão adotado pela instituição.

O instrumento de coleta de dados foi entregue pessoalmente aos gestores municipais e aos trabalhadores que atuam nos municípios selecionados para participarem da pesquisa.

5.1.5 Procedimento de Coleta de Dados

A primeira fase do estudo ocorreu de agosto a novembro de 2017, sendo entregue um questionário, contendo questões descritivas e de múltipla escolha, com as instruções de preenchimento (Apêndice B) pessoalmente pela pesquisadora e por um assistente de pesquisa capacitado para esse fim, em um envelope lacrado e numerado, de modo a garantir o anonimato dos participantes.

Foi dado o prazo de uma semana para retorno dos instrumentos respondidos. Entretanto, com vistas a aumentar a taxa de retorno, os participantes que não preencheram o instrumento nesse prazo tiveram mais três semanas para encaminhamento da resposta.

5.1.6 Análise dos Dados Quantitativos

Após a coleta, os dados foram inseridos por assistentes de pesquisa em planilhas do Microsoft Excel® (dupla digitação). Em seguida foram analisados por intermédio da estatística descritiva, utilizando o software IBM SPSS Statistics Versão 25 e R i386 versão 3.4.0.

Para proceder à análise acerca da utilização ou não do modelo compartilhado de gestão, bem como da identificação de potencialidades e dificuldades, foram obtidos diferentes tipos de

dados, sendo quantitativos (variáveis discretas e contínuas) e qualitativos (variáveis nominais e ordinais).

Para as variáveis qualitativas, calcularam-se as frequências absolutas e relativas e tabelas de contingência. Para as variáveis quantitativas foram calculadas as seguintes medidas descritivas: média, desvio-padrão (DP), mediana e valores mínimo e máximo. A fim de analisar a significância da associação entre as categorias ocupacionais, gestores e trabalhadores, e os aspectos da gestão foi utilizado o teste exato de Fisher, sendo adotado o nível de significância de 5% (α=0,05).

5.1.7 Análise dos Dados Qualitativos

A técnica do DSC, de acordo com Lefevre e Lefevre (2006), aplicada em várias pesquisas na área da sáude, tem comprovado sua eficácia na elaboração e emissão das opiniões coletivas.

A ancoragem também pode compor a elaboração do DSC, porém, neste estudo, a ancoragem não foi utilizada, pois esta se refere à ideologia presente em um depoimento, ou seja, uma declaração que se encaixa em uma circunstância particular, o que não ocorreu neste caso (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003).

Os dados qualitativos foram transcritos na íntegra para arquivos digitais do Microsoft Word® e analisados com o apoio do software DSCSoft®. Foram, então, identificadas as ECHs, que são trechos ou transcrições literais que constituem o essencial do conteúdo das representações. Essas expressões foram organizadas conforme as ICs, que são a expressão linguística que expõe da maneira mais sucinta e exata possível o sentido presente nas ECHs. Tendo em vista que o mesmo sujeito pode apresentar na sua resposta mais de uma IC. A partir dessa análise, foram formulados os DSCs, que consistem em um discurso-síntese escrito na primeira pessoa do singular e constituído das ECHs que têm ICs similares, sendo que algumas vezes o DSC é composto por ECH de apenas uma resposta (LEFEVRE *et al.*, 2002; LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Por fim, faz-se importante mencionar que os resultados foram analisados com base no referencial teórico de Bolman e Deal (2017).

5.2 Planejamento da Intervenção Educativa

Planejar, executar e avaliar uma intervenção educativa é sem dúvida uma atividade complexa, sendo necessário tempo para o seu planejamento bem como utilização de recursos para

viabilizar os encontros com os participantes. Com certeza, a realização desta atividade requer a colaboração de parceiros, portanto, na condução do presente estudo, houve a oportunidade de contar com o apoio e auxílio de membros do Grupo de Pesquisa LIGGEn, cadastrado no diretório do CNPq. Todos os colaboradores foram capacitados para esse fim, com o intuito de garantir a qualidade e resultados positivos à atividade educativa proposta.

Um aspecto importante a ser destacado se refere à dificuldade de recrutamento dos gestores e dos trabalhadores para a implementação da intervenção educativa. Neste estudo, além do envio de e-mail formal aos Secretários de Sáude /Gestores dos municípios que fizeram parte da pesquisa, foram realizados vários contatos telefônicos com os assessores dos secretários e os gerentes das unidades de saúde, previamente às datas dos encontros programados. Ressalta-se, ainda, que os problemas relacionados à gestão de pessoas, especialmente no que tange ao dimensionamento de pessoal, interferem de forma significante na realização de um processo educativo.

Após o contato por e-mail e por telefone feito em maio de 2018, com a finalidade de convidar gestores e trabalhadores a participarem da intervenção educativa. A intervenão educativa foi realizada nos meses de junho, agosto, setembro e outubro de 2018. Na cidade de Ribeirão Preto, a intervenção educativa foi oferecida na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, em sala previamente agendada pela docente responsável pela orientação desta pesquisa e organizado um lanche, em virtude do tempo que seria necessário para a intervenção da ação educativa. Nos outros municípios que participaram da pesquisa, os locais onde foram realizadas as intervenções foram programados pelos assessores dos Secretários de Saúde, assim como a organização do lanche, já que as ações educativas seriam realizadas *in loco.*

A intervenção educativa foi iniciada com a aplicação de um pré-teste com a finalidade de identificar o conhecimento prévio dos participantes acerca dos pressupostos do modelo compartilhado de gestão. Após, foi realizada a intervenção em grupo, do tipo educativo, conduzida em duas sessões de quatro horas cada (total oito horas), em dias consecutivos. Ao término, foi aplicado um pós-teste com as mesmas questões do pré-teste visando identificar se houve incorporação do conhecimento, sendo que a expectativa era de que os profissionais seriam capazes de acertar cerca de 80% ou mais das questões contidas no instrumento de avaliação do conhecimento sobre os pressupostos do modelo de gestão compartilhada.

A intervenção educativa foi ministrada pela pesquisadora principal, com a ajuda do grupo de pesquisa, sendo utilizadas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com fomento de discussões que emergiam a partir da problematização do tema. Para cada conteúdo discutido, foram feitos questionamentos aos profissionais de saúde, com o intuito de identificar as

informações prévias sobre o assunto. Em cada encontro, foram realizadas dinâmicas, leitura de textos, aula expositiva dialogada e rodas de conversa com o propósito de discutir e debater sobre os assuntos relacionados ao conteúdo programático. As aulas expositivas dialogadas foram constituídas de exposição visual, usando-se para tanto slides construídos no Microsoft Power Point® e apresentados por meio de projetor.

No primeiro encontro foi realizada uma dinâmica de apresentação, com a intenção de revelar características dos participantes e facilitar o engajamento e a comunicação entre todos os presentes, sendo, em seguida, aplicado o pré-teste com a finalidade de identificar o conhecimento prévio dos participantes sobre os pressupostos do modelo participativo de gestão. Após, foram apresentados os resultados da primeira fase da pesquisa, relacionados à análise da utilização ou não do modelo compartilhado de gestão pela instituição, assim como as potencialidades e as dificuldades identificadas. Em seguida, realizou-se a leitura do texto intitulado Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil, de autoria de Nunes *et al.* (2016).

Posteriormente à leitura do texto, foi dado intervalo de 15 minutos para o lanche. Após o intervalo, formou-se uma roda de conversa para discutir os pontos importantes do texto e foram introduzidas questões disparadoras sobre gestão participativa. Em seguida, foi ministrada aula expositiva dialogada sobre o modelo de gestão contemporânea nas organizações de saúde.

O segundo encontro foi realizado com o intuito de trabalhar o tema comunicação, já que foi o aspecto de maior dificuldade apontado pelos trabalhadores na primeira fase da pesquisa.

Esse encontro se iniciou com a realização da dinâmica do desenho sob comando mudo, na qual os participantes da intervenção educativa foram direcionados a executar um desenho sob orientações escritas em slides, sendo que cada slide continha apenas um comando e ficava disponível por apenas 10 segundos. Foi vedada a utilização da comunicação verbal, com a intenção de atuar como disparador para a discussão sobre as diferentes interpretações de um mesmo problema, assim como a necessidade de reconhecer o tempo de compreensão do outro. Na sequência, foi realizada a leitura do texto intitulado Teoria da Ação Comunicativa (Habermas): estrutura, fundamentos e implicações do modelo, de Gutierrez e Almeida (2013).

Seguidamente à leitura do texto, foi dado intervalo de 15 minutos para o lanche. Após o intervalo, formou-se uma roda de conversa para discutir os pontos importantes do texto e foram introduzidas questões disparadoras sobre a comunicação nos serviços de saúde. Em seguida, foi ministrada aula expositiva dialogada sobre a comunicação em saúde e suas ferramentas. Ao final desse encontro, foi aplicado um pós-teste, para identificar se houve

incorporação do conhecimento. Para aqueles que cumpriram ao menos oito horas da intervenção educativa, foi oferecido um certificado de participação.

Apenas dois dos oito municípios tiveram representação de gestores no momento da intervenção educativa e cinco gestores enviaram os trabalhadores das UPAs para participarem da intervenção educativa. Apesar dos diversos contatos e proposições de novas datas e horários, os demais gestores alegaram (por contato telefônico ou e-mail) escassez de recursos humanos nos PAs pertencentes aos municípios que gerenciavam, não sendo possível sua própria participação na intervenção educativa em gestão compartilhada, assim como a liberação dos trabalhadores.

5.3 Pesquisa Quase-Experimental

Depois de realizada a análise dos dados da primeira fase da pesquisa, iniciou-se, no mês de junho de 2018, a terceira etapa da pesquisa, com término em outubro de 2018. Foi realizado um estudo quase-experimental, com a finalidade de oferecer uma intervenção educativa sobre gestão compartilhada aos mesmos gestores e trabalhadores que participaram da primeira etapa da pesquisa, enfatizando a tomada de decisão, a comunicação e o poder, bem como as dificuldades e as potencialidades identificadas.

5.3.1 Participantes do Estudo

Os mesmos profissionais que participaram da primeira etapa (diagnóstica) foram convidados a participar da terceira etapa da pesquisa (intervenção educativa), preenchendo o pré e pós-teste. Foram excluídos aqueles que não participaram dos dois encontros da intervenção educativa, ministrado pela pesquisadora, com apoio do grupo de pesquisa, totalizando 30 participantes.

5.3.2 Elaboração e Validação do Instrumento de Coleta de Dados

Para a terceira fase da pesquisa, foi construído um instrumento de pré e de pós-teste (Apêndice C) pela pesquisadora principal e por membros do Grupo de Pesquisa LIGGEn, pautado na análise das necessidades de aprendizagem identificadas na primeira fase da pesquisa. O pré e o pós-teste foram criados com o intuito de avaliar o resultado da intervenção educativa e foram idealizados com base no planejamento da intervenção educativa (Apêndice D). O instrumento

continha questões de múltipla escolha, sendo seis delas com opção de resposta de “A a E”, e quatro com opção de resposta “verdadeiro, falso ou não sei”. As questões abordavam a compreensão sobre a gestão compartilhada e o modelo verticalizado, bem como sobre o processo de tomada de decisão, a comunicação, o poder e os instrumentos de gestão compartilhada.

O instrumento foi submetido à validação de aparência e de conteúdo por docentes da área de gerenciamento, que averiguaram a configuração da apresentação e o conteúdo para que tivesse a capacidade de atingir o objetivo dessa terceira fase da pesquisa, sendo que não foram sugeridas alterações.

5.3.3 Intervenção Educativa

O planejamento da intervenção educativa foi realizado em abril de 2018, após a análide dos dados coletados na primeira fase do estudo, por meio de reuniões com o grupo de pesquisa. Posteriormente, foi feita a apresentação do planejamento da intervenção educativa para os gestores municipais em reunião da CIR que ocorreu em maio de 2018. Imediatamente após a reunião, foi enviado um e-mail a todas as Secretarias de Saúde dos municípios selecionados para participarem da primeira etapa da pesquisa, convidando os gestores e os trabalhadores que participaram da primeira etapa da pesquisa a participarem da intervenção educativa (Apêndice E). Foram enviadas por e-mail as sugestões de datas para realização da intervenção educativa nos meses de junho, agosto e setembro de 2018, sendo solicitada a listagem dos profissionais que participariam da intervenção educativa, assim como a definição das datas de preferência dos municípios e o local onde seria oferecido. Vale salientar que a intervenção educativa foi oferecida *in loco*.

Devido à dificuldade em obter resposta das Secretarias de Saúde em relação à listagem dos participantes da intervenção educativa, bem como data e local onde seria realizado, foram efetuados vários contatos telefônicos justificando a importância da participação dos gestores e dos trabalhadores. Os gestores dos municípios, por meio dos seus assessores, relataram dificuldade em reunir os trabalhadores para participação da intervenção educativa, alegando reduzido quantitativo de pessoal nos PAs, o que dificultou a participação sobremaneira. Por conta dessas dificuldades, a intervenção educativa somente teve início na última semana de junho e se estendeu até outubro de 2018, sendo também reduzida a extensão da atividade de três dias de 4 horas cada para dois dias com a mesma carga horária.

Após os contatos telefônicos, os municípios e os PAs que se disponibilizaram a participar da intervenção educativa foram: PA do bairro Cohab III em Sertãozinho (26 e 27 de

junho de 2018), PA de Santo Antônio da Alegria (01 e 03 de agosto de 2018), PA de Jaboticabal (11 e 12 de setembro de 2018), PA de Brodowski (02 e 03 de outubro de 2018) e Unidade Básica e Distrital de Saúde do bairro Vila Virgínia em Ribeirão Preto (09 e 10 de outubro de 2018).

No momento da intervenção educativa foram utilizadas metodologias ativas de ensino-aprendizagem com fomento de discussões conforme os conteúdos eram desenvolvidos. Para cada conteúdo discutido, eram feitos questionamentos aos profissionais de saúde, com o intuito de identificar as informações prévias sobre o assunto. Em cada encontro foram realizadas dinâmicas, leitura de textos, aula expositiva dialogada e rodas de conversa com intuito de discutir e debater sobre os assuntos relacionados ao conteúdo programático. As aulas expositivas dialogadas foram constituídas de exposição visual, usando-se slides construídos no Microsoft Power Point® e apresentados por meio de projetor.

5.3.4 Procedimento de Coleta de Dados

A intervenção educativa foi iniciada com a aplicação de um pré-teste, contendo questões sobre gestão, do tipo falso e verdadeiro e do tipo múltipla escolha, com a finalidade de identificar o conhecimento prévio dos participantes acerca dos pressupostos do modelo compartilhado de gestão. Após, foi realizada a intervenção em grupo, do tipo educativo, conduzida em duas sessões de quatro horas cada (total oito horas) preferencialmente em dias consecutivos.

Imediatamente ao término da intervenção educativa, foi aplicado um pós-teste com as mesmas questões do pré-teste, visando identificar se houve incorporação do conhecimento. Para aqueles que cumpriram oito horas da intervenção educativa, foi oferecido um certificado de participação. No momento da intervenção educativa foi realizada a avaliação cognitiva dos participantes, com o objetivo de propagação do conhecimento, sendo que não haveria garantia de que os participantes da intervenção educativa colocariam em prática o conhecimento adquirido durante a atividade educativa.

5.3.5 Análise dos Dados

Assim como na primeira fase da pesquisa, as respostas foram inseridas em planilhas do Microsoft Excel, valendo-se da dupla digitação de maneira a dirimir eventuais erros de digitação. Os dados foram validados e realizou-se a contagem dos acertos no pré e pós-teste. Posteriormente,

os dados foram exportados para o software IBM SPSS Statistics Versão 25, e verificado se apresentaram distribuição normal por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo após aplicado o teste t de Student para testagem da hipótese; o nível de signficância adotado foi de 5% (α=0,05). Por meio dos resultados deste estudo, a hipótese pôde ser testada, demonstrando que novos saberes relacionados aos pressupostos do modelo participativo de gestão foram incorporados pelos gestores e pelos trabalhadores após a implementação da ação educativa.

5.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

Primeiramente, a autorização para realização desta pesquisa foi solicitada ao DRS XIII e concedida em julho de 2016 (Apêndice F). Após, o projeto foi encaminhado para aprovação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP (Anexo A), que regulamenta as normas para pesquisa envolvendo seres humanos.

Os gerentes e demais profissionais foram interrogados quanto à intenção e à disponibilidade para participarem do estudo e uma vez de acordo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G), conforme estipulado na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Vale destacar que foi assegurado o caráter confidencial e espontâneo da participação, bem como o compromisso de informar os resultados da pesquisa.

6 Resultados e Discussão

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Resultados e Discussão da Pesquisa de Métodos Mistos

Como foi adotado o desenho incorporado concomitante, os dois conjutos de dados, qualitativos e quantitativos, foram fundidos a fim de se encontrar a relação entre eles e proceder à interpretação dos resultados.

Ao todo, 229 profissionais aceitaram participar da pesquisa, contudo nem todos os participantes responderam ao instrumento de coleta de dados por completo. Nesses casos, foram consideradas apenas as questões respondidas do questionário e as demais identificadas nas tabelas como "não informado". Desses, seis (2,6%) eram gestores e 223 (97,4%) trabalhadores, 56 (24,5%) do sexo masculino e 172 (75,1%) do sexo feminino, sendo que um participante não informou o sexo.

Em relação ao município, a maioria dos profissionais 97 (42,4%) trabalhava no município 6, se concentrando na unidade de trabalho 2 do referido município, conforme apresentado na Tabela 3a.

Tabela 3a – Perfil sociodemográfico dos participantes (n=229) em relação ao município e à unidade de trabalho/Secretaria de Saúde, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

(continua)

Variáveis		Frequência	%
Município			
	M 1	21	9,2
	M 2	26	11,4
	M 3	12	5,2
	M 4	13	5,7
	M 5	38	16,6
	M 6	97	42,4
	M 7	12	5,2
	M 8	10	4,4

Tabela 3a – Perfil sociodemográfico dos participantes (n=229) em relação ao município e à unidade de trabalho/Secretaria de Saúde, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

(conclusão)

Variáveis	Frequência	%
Unidade de Trabalho e seu respectivo Município/Secretaria de Saúde		
U 1 (M6)	11	4,8
U 2 (M6)	85	37,1
U 3 (M1)	20	8,7
U 4 (M2)	25	10,9
U 5 (M3)	11	4,8
U 6 (M4)	13	5,7
U 7 (M5)	37	16,2
U 8 (M8)	9	3,9
U 9 (M7)	8	3,5
U 10 (M7)	4	1,7
S 11	1	0,4
S 12	1	0,4
S 13	1	0,4
S 15	1	0,4
S 16	1	0,4
S 18	1	0,4

Fonte: dados da pesquisa.

Dos profissionais que participaram da pesquisa, 76 (33,2%) eram técnicos de enfermagem, porém a maior parte dos participantes ocupava o cargo de auxiliar de enfermagem 78 (34,1%), conforme ilustra a Tabela 3b.

Tabela 3b – Perfil sociodemográfico dos participantes (n=229) em relação à profissão e ao cargo ocupado na instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

Variáveis	Frequência	%
Profissão		
Administrador	1	0,4
Médico	33	14,4
Enfermeiro	46	20,1
Técnico de Enfermagem	76	33,2
Auxiliar de Enfermagem	70	30,6
Não Informado	3	1,3
Cargo ocupado na Instituição		
Gestor	6	2,6
Médico	31	13,5
Enfermeiro	42	18,3
Técnico de Enfermagem	71	31,0
Auxiliar de Enfermagem	78	34,1
Não Informado	1	0,4

Fonte: dados da pesquisa.

Levando em consideração o turno de trabalho, os dados indicam que a maioria dos profissionais 107 (46,7%) trabalhava 12 horas/dia, tendo como maior nível educacional o ensino médio 108 (47,2%), segundo a Tabela 3c.

Tabela 3c – Perfil sociodemográfico dos participantes (n=229) em relação ao turno de trabalho e ao maior nível educacional, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017 (continua)

Variáveis	Frequência	%
Turno de Trabalho		
4 horas/dia	11	4,8
6 horas/dia	69	30,1
8 horas/dia	11	4,8
12 horas/dia	107	46,7
Outro	27	11,8
Não Informado	4	1,7

Tabela 3c – Perfil sociodemográfico dos participantes (n=229) em relação ao turno de trabalho e ao maior nível educacional, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

(conclusão)

Variáveis	Frequência	%
Maior nível educacional		
Ensino Médio	108	47,2
Graduação	59	25,8
Especialização/MBA	39	17,0
Mestrado	7	3,1
Doutorado	4	1,7
Outro	10	4,4
Não Informado	2	0,9

Fonte: dados da pesquisa.

Portanto, na análise dos dados apresentados, observa-se que a maioria dos profissionais que participou da primeira fase deste estudo era composta por trabalhadores do sexo feminino, técnicos de enfermagem e ocupavam, em sua maioria, o cargo de auxiliar de enfermagem. A maior parte desses profissionais trabalhava 12 horas ao dia e cursou até o ensino médio.

A tendência da feminização das profissões da área da saúde pode ser confirmada em estudos nacionais e internacionais. Tais dados, corroboram os encontrados por Lima *et al.* (2016) e Shannon *et al*. (2019), que relatam o predomínio de mulheres no contexto do trabalho em saúde.

Estudo realizado pela Fiocruz apontou que as mulheres são a principal força de trabalho na área da saúde. Representam a maior parte dos profissionais que atua tanto nas atividades diretas relacionadas à assistência, quanto nas atividades indiretas, como produção e comercialização de equipamentos e fármacos, ensino e pesquisa (DIAS, 2015).

Esses dados corroboram um estudo realizado na década de 80, que afirma que a participação da força de trabalho feminina na esfera produtiva se tornou crescente ao longo das décadas de 70 e 80, principalmente em setores sociais, de educação e saúde, onde se supõe que as mulheres exerçam suas tarefas com maior eficiência que os homens. Outro dado apontado pelo estudo é que o crescimento da força de trabalho feminina no setor saúde se deu devido ao aumento do número de mulheres que procuram formação acadêmica nessa área, sendo os

médicos, os enfermeiros e a equipe de enfermagem de nível médio, as categorias que constituem a base desse setor (MACHADO, 1986).

Como apontado anteriormente, a maior parte dos profissionais que participou deste estudo era constituída de técnicos de enfermagem e a maioria ocupava o cargo de auxiliar de enfermagem, fato que explica o motivo pelo qual a maior parte dos profissionais cursou até o ensino médio.

A jurisprudência em relação a tal prática já é consolidada, sendo que diversos acórdãos proferidos pelos Tribunais Regionais Federais têm considerado essa prática lícita, levando-se em consideração que a formação do técnico de enfermagem abrange a do auxiliar de enfermagem (TRF da 2ª Região, Processo nº 2004.51.01.001910-0, Relator Desembargador Federal Castro Aguiar, proferida em 16/06/2010; TRF da 4ª Região, Processo nº 5015589-47.2014.404.7100, Relator Desembargador Federal Joel Ilan Paciornik, proferida em 27/01/2016) (BRASIL, 2010, 2016b).

De acordo com a Lei nº 7.498/86, que objetiva a normatização da prática da enfermagem, essa atividade profissional é praticada pelo enfermeiro, pelo técnico e pelo auxiliar de enfermagem, de acordo com o seu devido grau de competência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

Cabe ao enfermeiro as atividades de gerenciamento da assistência, assim como a execução de procedimentos mais complexos, que exigem entendimentos de cunho científico. O técnico de enfermagem executa o trabalho de nível médio, implicando no aconselhamento e auxílio do serviço de enfermagem em nível auxiliar e colaboração junto ao enfermeiro na organização do cuidado de enfermagem, sendo habilitado a lidar com pacientes de média e alta complexidade. O auxiliar de enfermagem realiza atividades de nível médio de característica repetitiva sob monitoramento, executando tarefas fáceis do processo de trabalho, o que restringe a atuação desse profissional em áreas de atenção à alta complexidade (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2020).

De acordo com a pesquisa do perfil dos profissionais de enfermagem no Brasil, realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem, no ano de 2016, o nível médio respondeu pela maior parte da força de trabalho da categoria, fato que explica o motivo pelo qual esses profissionais representam a maioria dos participantes deste estudo (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

A Tabela 3d ilustra as respostas dos gestores e dos trabalhadores em relação à idade, ao tempo de formação em anos, ao tempo de trabalho na área da saúde, ao tempo de trabalho na instituição e ao tempo de trabalho no cargo, em meses.

Tabela 3d – Perfil sociodemográfico dos participantes (n=229) em relação ao tempo de formação, ao tempo de trabalho na área da saúde, ao tempo de trabalho na instituição e ao tempo de trabalho no cargo, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

	Idade (em anos)	**Tempo de Formação (em anos)**	**Tempo de Trabalho na Área da Saúde (total em meses)**	**Tempo de Trabalho na Instituição (total em meses)**	**Tempo de Trabalho no Cargo (total em meses)**
n válido	225	213	227	227	221
Média (DP)	42,3 (10,2)	15,2 (8,9)	181,0 (111,6)	100,9 (91,8)	119,0 (103,1)
Mediana	40,0	13,0	156,0	72,0	84,0
Mínimo e Máximo	21-71	1-43	8-480	6-420	8-480

Fonte: dados da pesquisa.

Com relação à idade dos profissionais que participaram da pesquisa, a média ficou entre 42,3 anos (DP 10,2) e no que tange ao tempo de formação dos participantes, a média ficou entre 15,2 anos (DP 8,9). Levando em consideração o tempo de trabalho na área da saúde, tempo de trabalho na instituição e tempo de trabalho no cargo, observa-se a média de 181,0 meses (DP 111,6), 100,9 meses (DP 91,8) e 119,0 meses (DP 103,1), respectivamente.

Na Tabela 4a, foram ilustradas as respostas dos gestores em relação ao modelo de gestão adotado na instituição, envolvimento com o modelo de gestão participativo, o nível de satisfação com a gestão atual, a tomada de decisão, a autonomia e a comunicação.

Tabela 4a – Respostas dos gestores (n=6) sobre questões relacionadas ao modelo de gestão adotado na instituição, ao envolvimento com a implantação do modelo de gestão compartilhado, ao nível de satisfação com o modelo de gestão atual, à tomada de decisão, à autonomia e à comunicação, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

(continua)

Variáveis		**Frequência**	**%**
Q1a - Instituição adota o modelo participativo/ compartilhado de gestão	Sim	3	50,0
	Não	1	16,7
	Em processo de implantação	2	33,3

Tabela 4a – Respostas dos gestores (n=6) sobre questões relacionadas ao modelo de gestão adotado na instituição, ao envolvimento com a implantação do modelo de gestão compartilhado, ao nível de satisfação com o modelo de gestão atual, à tomada de decisão, à autonomia e à comunicação, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

(conclusão)

Variáveis		Frequência	%
Q1b - Envolvimento com a implantação do modelo de gestão participativo/ compartilhado*	Totalmente	3	100,0
Q2 - Nível de satisfação com o modelo de gestão atual da instituição	Satisfeito	4	66,7
	Insatisfeito	1	16,7
	Não Informado	1	16,7
Q3 - Possibilita aos trabalhadores participar da tomada de decisão	Sim	4	66,7
	Às vezes	2	33,3
Q4 - Dá autonomia aos trabalhadores para decidir sobre questões do dia a dia	Sim	4	66,7
	Às vezes	2	33,3
Q5 - Comunicação na instituição ocorre por meio do diálogo	Sim	6	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Nota:

* Válido para os que adotam o modelo participativo/compartilhado de gestão (N = 3).

Dos seis gestores que participaram da pesquisa, três (50%) relataram que a instituição onde eles atuam adota o modelo participativo de gestão e dois (33,3%) que o modelo de gestão compartilhada está em processo de implementação na instituição. Apenas um gestor relatou que o PA do município onde atua não adota o modelo participativo de gestão. Dos gestores que relataram a adoção do modelo participativo/compartilhado de gestão pela instituição, todos relataram o total envolvimento com a efetivação do modelo.

De acordo com o referencial teórico utilizado, na implementação de uma gestão compartilhada são necessárias mudanças tanto estruturais quanto políticas, de modo que para que ocorra a mudança de uma estrutura tradicional e mais formal para uma estrutura mais contemporânea e participativa, as relações de poder precisam ser revistas. Nesse contexto, a participação e o envolvimento são estratégias essenciais para que a mudança do modelo de gestão realmente aconteça (BOLMAN; DEAL, 2017).

Para Bolman e Deal (2017), a participação e o envolvimento que ocorre por meio da democratização das relações de poder são características fundamentais de um modelo de gestão mais flexível, o que acaba por aumentar o desempenho e a qualidade dos serviços prestados pela organização.

Esse fato também está relacionado ao quadro simbólico, uma vez que a participação e o envolvimento acabam por remodelar as relações de trabalho, contribuindo para que ocorra a mudança do modelo de gestão tradicional para um modelo de gestão mais contemporâneo; há, então, a substituição dos símbolos de hierarquia por símbolos de cooperação e de igualdade (BOLMAN; DEAL, 2017).

Nesse âmbito, para que a participação e o envolvimento aconteçam, o compartilhamento das informações por meio da comunicação e do diálogo se torna imprescindível (BOLMAN; DEAL, 2017). É por esse caminho que os profissionais de saúde compartilham opiniões, intensificando, dessa maneira, a atuação e o envolvimento no processo de trabalho em equipe, o que permite igualar a importância de todos os profissionais de forma a valorizá-los, aumentando, consequentemente, o nível de satisfação com o trabalho (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ, 2019)

Na análise da Tabela 4a, a maioria dos gestores (66,7%) encontra-se satisfeita com o modelo de gestão atual da instituição, sendo que, dos quatro gestores que relataram satisfação com o modelo de gestão, três justificaram a resposta:

DSC:

Estou satisfeito com o modelo de gestão atual; os profissionais de saúde são qualificados e envolvidos com o trabalho, a equipe é ótima. Quando comparo com outros municípios, estou satisfeito (GAD2/S12, GE7/S18, GE1/S11).

De acordo com o DSC, nota-se que o nível de satisfação com o modelo de gestão atual, apontado pelos gestores, possui ligação com a qualificação da equipe profissional.

Em estudo realizado na Bahia, os autores abordam que um dos compromissos de um modelo de gestão mais participativo que proporcione o desenvolvimento de capacidades dos membros do grupo de trabalho está diretamente relacionado ao apoio à qualificação dos trabalhadores (SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

Para Moreira *et al.* (2017), a qualificação profissional é responsável pela satisfação no trabalho, na medida em que favorece o desenvolvimento de competências e de habilidades essenciais ao melhor desempenho das funções.

De acordo com Santos *et al.* (2017a), a qualificação profissional é uma forma de compensar as lacunas deixadas pela academia na preparação dos profissionais para a atuação no sistema de saúde.

Nesse contexto, a Educação Permanente se faz necessária, como uma estratégia de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde visando ao cotidiano de trabalho, tendo por objetivo oferecer à população um melhor atendimento de saúde (SANTOS *et al.*, 2017a).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Educação Permanente direcionada aos profissionais do sistema de saúde, objetiva assegurar a qualidade e a resolubilidade do atendimento prestado à população. Sendo assim, são criados ambientes de qualificação profissional e de reflexão crítica em relação às dificuldades e aos desafios da saúde pública nos municípios e regiões, visando à transformação do processo de trabalho (BRASIL, 2005b).

Em relação à tomada de decisão, a maioria dos gestores (66,7%) relatou possibilitar aos trabalhadores a participação na tomada de decisão, conforme discurso abaixo:

DSC:

Participamos de reuniões em equipe para resolver os problemas. É importante a participação de todos para diminuir os erros na tomada de decisão (GE1/S11, GAD2/S12).

O DSC se mostra em consonância com o modelo de gestão compartilhada, em que os conflitos são administrados e a comunicação é aberta e difusa, os espaços de reuniões oferecem oportunidades de diálogo e de tomada de decisão. Os gestores são acessíveis e enfatizam a igualdade entre os membros da equipe, a fim de incluir os trabalhadores na tomada de decisão (BOLMAN; DEAL, 2017).

Nesse modelo, os trabalhadores possuem o direito de tomar decisões tornando-se responsáveis pelos resultados alcançados. Os gestores ainda mantêm sua autoridade e tomam

decisões-chave, principalmente no que diz respeito ao orçamento da instituição, entretanto o poder é distribuído entre todos os membros da equipe (BOLMAN; DEAL, 2017).

Segundo Flexa (2018), essa tomada de decisão deve ser pautada pela transparência entre os profissionais, sendo necessário o entendimento dos papéis dos atores envolvidos, assim como as responsabilidades de cada indivíduo comprometido com esse processo.

Para Silva, Nunes e Andrade (2019), o modelo de gestão adotado pela instituição pode afetar o comportamento dos trabalhadores em relação às atitudes, ao desempenho, à motivação e ao envolvimento com objetivos e resultados da organização. Um modelo de gestão mais flexível leva ao bom desempenho das funções e, consequentemente, à diminuição de erros visando à obtenção de excelentes resultados.

De acordo com o referencial teórico, a tomada de decisão está associada ao quadro político, pois relaciona-se ao poder e surge de um processo de negociação entre os membros da organização. Essa negociação é necessária, uma vez que as decisões muitas vezes não satisfazem todos os envolvidos nesse processo (BOLMAN; DEAL, 2017).

Para tanto, em um modelo de gestão mais participativo, as alianças se formam porque os membros da equipe têm interesses em comum e acreditam que podem fazer mais juntos do que separados, o que acaba por facilitar o processo de tomada de decisão (BOLMAN; DEAL, 2017).

Em relação à autonomia, quatro (66,7%) gestores assinalaram que dão autonomia aos trabalhadores para decidirem sobre questões do dia a dia, contudo nenhum deles exemplificou.

Segundo o referencial teórico, dar autonomia aos trabalhadores é uma estratégia básica relacionada ao quadro de recursos humanos, ao passo que a autonomia para tomar decisões é considerada uma motivação para a realização de um trabalho com qualidade (BOLMAN; DEAL, 2017).

Para Bolman e Deal (2017), a autonomia também está relacionada ao quadro estrutural, uma vez que os profissionais que atuam em estruturas mais flexíveis e descentralizadas assumem uma postura mais autônoma em relação às decisões do cotidiano do trabalho.

Relaciona-se também ao quadro político, pois autonomia é sinônimo de empoderamento, que envolve o incentivo à participação e à promoção do igualitarismo, tendo por objetivo difundir informações que são necessárias ao envolvimento dos funcionários, dando-lhes mais oportunidades para tomar decisões e ao mesmo tempo mais responsabilidades (BOLMAN; DEAL, 2017).

Contudo, Fischborn e Cadoná (2018) alertam para o fato de que, na saúde, a autonomia é uma construção histórica, reflexo das configurações estruturais do trabalho.

Na gestão compartilhada, proporcionar aos trabalhadores autonomia é fundamental para que ocorra a resolução de dificuldades presentes no cotidiano do trabalho, uma vez que os trabalhadores vivenciam o problema e, consequentemente, conseguem identificar a necessidade de urgência da solução.

No que concerne à comunicação, todos os gestores relataram que na instituição onde atuam, a comunicação ocorre por meio do diálogo.

Para Martino (2017), a comunicação é utilizada para transmitir uma mensagem e pode ser expressa por meio de comportamentos, de gestos, de sons, de palavras, entre outros. Sendo o comportamento uma forma de transmitir informação, torna-se impossível não se comunicar.

No entanto, uma comunicação efetiva se dá por meio de um acordo entre os sujeitos, ou seja, a expressão de um dos sujeitos tem que ser percebida e tornar-se significativa ao outro sujeito. Dessa forma, para uma mobilização, a comunicação deve acontecer por meio do diálogo, na medida em que apoia uma causa de interesse recíproco (HENRIQUES, 2017).

Na comunicação por meio do diálogo, um sujeito não tenta dominar o outro, mas procura com o outro contextualizar a compreensão acerca de uma vivência, a fim de deixar claro o entendimento sobre a realidade e assim transformá-la (FREIRE, 2013).

Segundo Moscon, Rodrígues e Moreira (2017), para se manter uma comunicação efetiva, ela deve ser lateral/horizontal, ou seja, a troca de informações deve ocorrer entre todos os integrantes da equipe multiprofissional.

A comunicação lateral favorece a relação entre os profissionais, tendo em vista que promove a integração entre eles, devendo assim ser realizada com o objetivo de propor ideias e sugestões para a melhoria do trabalho. É frequentemente utilizada para a solução de conflitos e a negociação de recursos, refletindo no aprimoramento do desempenho institucional (MOSCON; RODRÍGUES; MOREIRA, 2017).

Em um modelo de gestão compartilhada, a estrutura organizacional é capaz de desenvolver várias formas de comunicação lateral, principalmente quando o trabalho se torna mais complexo. Desenvolver múltiplas formas de diálogo pode fazer uma enorme diferença no desempenho da equipe (BOLMAN; DEAL, 2017).

Nesse contexto, a comunicação interpessoal é fundamental para a realização de um serviço de qualidade, tornando-se ferramenta importante de diálogo entre a equipe multidisciplinar para o alcance dos objetivos desejados (LEAL *et al.*, 2018).

No referencial teórico de Bolman e Deal (2017), a comunicação está associada aos quatro quadros elaborados pelos autores: ao quadro estrutural na medida em que a estrutura organizacional determinará a forma de transmissão dos fatos e das informações; ao quadro de

recursos humanos, pois é por meio da comunicação que há divulgação e troca de informações entre os profissionais; ao quadro político, já que é por meio da comunicação que se estabelecem as influências e se constroem alianças e; ao quadro simbólico, uma vez que é a partir da comunicação que as pessoas expressam seus valores e suas crenças.

Progredindo para a análise das respostas dos trabalhadores, a Tabela 4b ilustra as devolutivas em relação ao modelo de gestão adotado na instituição, ao envolvimento com o modelo de gestão participativo, ao nível de satisfação com a gestão atual, à tomada de decisão, à autonomia e à comunicação.

Tabela 4b – Respostas dos trabalhadores (n=223) sobre questões relacionadas ao modelo de gestão adotado na instituição, ao envolvimento com a implantação do modelo de gestão compartilhado, ao nível de satisfação com o modelo de gestão atual, à tomada de decisão, à autonomia e à comunicação, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017 (continua)

Variáveis		Frequência	%
Q1a - Instituição adota o modelo participativo/ compartilhado de gestão	Sim	41	18,4
	Não	165	74,0
	Em processo de implantação	14	6,3
	Não Informado	3	1,3
Q1b - Envolvimento com a implantação do modelo de gestão participativo/ compartilhado*	Totalmente	9	4,0
	Parcialmente	11	4,9
	Raramente envolvido	14	6,3
	Não envolvido	7	3,1
	Não se aplica	182	81,6

Tabela 4b – Respostas dos trabalhadores (n=223) sobre questões relacionadas ao modelo de gestão adotado na instituição, ao envolvimento com a implantação do modelo de gestão compartilhado, ao nível de satisfação com o modelo de gestão atual, à tomada de decisão, à autonomia e à comunicação, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017 (conclusão)

Variáveis		Frequência	%
Q2 - Nível de satisfação com o modelo de gestão atual da instituição	Muito satisfeito	8	3,6
	Satisfeito	71	31,8
	Insatisfeito	102	45,7
	Muito insatisfeito	17	7,6
	Não Informado	25	11,2
Q3 - Participa da tomada de decisão no trabalho	Sim	37	16,6
	Não	131	58,7
	Às vezes	54	24,2
	Não Informado	1	0,4
Q4 - Autonomia para decidir sobre questões do dia a dia	Sim	49	22,0
	Não	114	51,1
	Às vezes	58	26,0
	Não Informado	2	0,9
Q5 - Comunicação na instituição ocorre por meio do diálogo	Sim	90	40,4
	Não	42	18,8
	Às vezes	88	39,5
	Não Informado	3	1,3

Fonte: dados da pesquisa.

Nota:
* Válido para os que adotam o modelo participativo/compartilhado de gestão (n=41).

Diferentemente do relato dos gestores, a maioria dos trabalhadores em todas as UPAs, ou seja, 165 (74,0%), relatou que a instituição onde eles trabalham não adota o modelo participativo de gestão; 14 (6,3%) trabalhadores relataram que o modelo compartilhado de gestão está em processo de implementação e; 41 (18,4%) trabalhadores relataram a adoção do

modelo compartilhado de gestão pela instituição. Dos 41 trabalhadores, apenas nove (4,0%) estão totalmente envolvidos com a execução do modelo de gestão participativo. Essas respostas diferem da percepção dos gestores que enxergam, em sua gestão, uma atuação mais descentralizada e participativa.

Quando há a implantação do modelo de gestão compartilhado pela organização, é necessário o reconhecimento desse novo modelo de gestão por todos os profissionais envolvidos com a instituição (BRASIL, 2015), fato que não acontece nas instituições de saúde que participaram desta pesquisa, uma vez que se percebe a diferente visão dos gestores e trabalhadores em relação ao modelo de gestão adotado.

Ao ponderar que dos 41 (18,4%) trabalhadores que relataram a adoção do modelo compartilhado de gestão pela instituição, apenas nove (4,0%) estão envolvidos com a implantação desse modelo, deve-se considerar que esse tipo de informação remete ao modelo tradicional de gestão, cujo líder é centralizador e não permite o envolvimento dos membros da equipe nos assuntos da instituição, o que contrapõe aos pressupostos do modelo de gestão participativo.

De acordo com Barreto (2017), o modelo de gestão tradicional não permite o envolvimento dos trabalhadores, o líder é autoritário e não permite que seus seguidores se envolvam com os assuntos da organização. Em contrapartida, no modelo participativo de gestão, o líder envolve os trabalhadores nos assuntos da organização, para que haja a participação de todos, possibilitando a colaboração com os objetivos organizacionais, o que acaba por aumentar a satisfação com o trabalho.

Em relação ao nível de satisfação, a maior parte dos trabalhadores (102 = 45,7%) relatou insatisfação com o modelo de gestão atual da instituição. Na Tabela 4c ilustram-se as principais categorias identificadas quando questionados sobre essa insatisfação.

É importante salientar que, ao se analisar sob a ótica do DSC, um mesmo participante pode aparecer em mais de uma categoria, conforme a IC expressa.

Tabela 4c – Respostas dos trabalhadores (n=223) sobre a insatisfação em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017 (continua)

Categorias	**Frequência**	**%**
Ausência do Gestor	1	1,2
Autonomia	1	1,2

Tabela 4c – Respostas dos trabalhadores (n=223) sobre a insatisfação em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

(conclusão)

Categorias	Frequência	%
Carga Horária	1	1,2
Comunicação	20	23,8
Gestão Autoritária	2	2,4
Gestão de Pessoas	7	8,3
Infraestrutura	2	2,4
Participação nas Decisões	24	28,9
Planejamento	1	1,2
Poder	1	1,2
Política	6	7,1
Qualificação Profissional	2	2,4
Recursos Materiais	9	10,7
Resolução de Problemas	4	4,8
Segurança	1	1,2
Supervisão	1	1,2
Total de IC	83	100,0
Não Responderam	161	-

Total de participantes que responderam à questão: 62

Fonte: dados da pesquisa.

Os trabalhadores enfatizaram a insatisfação com o modelo de gestão atual da instituição devido à falta de participação nas decisões, conforme verifica-se na transcrição de seus discursos abaixo:

DSC:

Ambiente em que trabalho não proporciona abertura para participação na tomada de decisão. Tomam decisões sem consultar quem está no dia a dia, quem realmente sabe

se vai dar certo ou não. Decisões tomadas em nível de secretaria passadas para os funcionários. Só ficamos sabendo após tomada as decisões (TA379/U8, TT115/U6, TE120/U6, TT385/U9).

Decisões são tomadas sem o conhecimento da equipe. Não tenho participação nenhuma. Os gestores resolvem sem pedir opinião alguma para o funcionário. Não tenho participação, somente secretária e coordenadora têm voz ativa. Falta maior participação da equipe. São tomadas decisões sem que sejamos consultados, muitas vezes piorando as condições de trabalho. (TT45/U4, TA22/U3, TT432/U3, TE93/U5, TT386/U9, TME226/U1).

Por não termos participação, as tomadas de decisões só são feitas pela chefia e são impostas aos demais membros da equipe. Decisões não compatíveis com o trabalho e necessidade da população. Acredito que a participação dos funcionários seria mais adequada; somos os que mais conhecem todos os locais de trabalho. Ter a participação de todos os membros da equipe seria benéfico e pacífico para o dia a dia. (TA260/U2, TT255/U2, TME302/U2, TA263/U2, TA283/U2).

Não temos participação nas decisões. O modelo centraliza as decisões a nível de secretário com pouca participação do nível local nas decisões estabelecidas. Acho que deveríamos participar mais, enfim, nós que enfrentamos as dificuldades do dia a dia. Algumas questões seriam trabalhadas com mais eficiência se todos estivessem envolvidos. Acho que deviam saber a opinião dos funcionários. Os funcionários deveriam participar com sugestões para melhoria do trabalho. (TA313/U2, TE311/U2, TA288/U2, TE310/U2, TA326/U2).

As decisões ocorrem de forma verticalizada. São tomadas pela chefia de alto escalão, pelos cargos superiores, sendo-nos comunicado sempre após as decisões tomadas por eles. Decisões são tomadas e aplicadas. Não perguntam a sua opinião. (TE332/U2, TA327/U2, TA305/U2, TA336/U2).

Os discursos deixam clara a adoção de um modelo de gestão tradicional, na medida em que não há o envolvimento dos trabalhadores na tomada de decisão.

No modelo de gestão tradicional, o gestor se assume como o centro da equipe, prevalecendo a hierarquização nas relações, com a tomada de decisão centrada naqueles que ocupam cargos de gestão. Isso dificulta o processo de trabalho, pois as decisões ocorrem de forma verticalizada, de cima para baixo, ou seja, são impostas aos trabalhadores que são controlados e vigiados, gerando insatisfação por parte da equipe, que fica na dependência do comando do gestor para a realização das suas atividades (RAHBI; KHALID; KHAN, 2017).

A falta de envolvimento dos trabalhadores no processo de tomada de decisão acaba por prejudicar a assistência prestada, haja vista a necessidade de autonomia para definir ações de prioridade no momento do atendimento ao usuário (RAHBI; KHALID; KHAN, 2017).

Bolman e Deal (2017) ainda destacam que, quando em meio à mudança solicita-se que as pessoas façam algo que elas não entendem ou não têm voz no desenvolvimento, não sabem o que fazer ou não acreditam, elas se sentem confusas, ansiosas e inseguras e resistem ou até sabotam as mudanças sugeridas.

Vale salientar que, para que ocorra a participação dos trabalhadores nas decisões relacionadas ao dia a dia de trabalho, uma boa comunicação entre a equipe se faz necessária.

No entanto, nesse modelo de gestão tradicional, pautado na hierarquia e nas relações de subordinação entre os membros da equipe, há deficiência na comunicação, uma vez que os níveis hierárquicos acabam por dificultar o fluxo de informação, gerando uma comunicação incompleta (LEAL *et al.*, 2019).

No modelo de gestão tradicional, assim como a tomada de decisão, a comunicação também é verticalizada, tendo o caráter informativo, não havendo espaço para o diálogo, o que acaba por restringir a participação dos profissionais junto às ações de saúde desenvolvidas (LEAL *et al.*, 2019).

A implantação de um modelo mais participativo de gestão possibilita a aprendizagem coletiva e a participação de todos os membros da equipe nas decisões cotidianas. Quando as decisões são tomadas por todos os integrantes da equipe, a comunicação lateral se sobrepõe à comunicação vertical, as informações se tornam mais completas e há o compartilhamento de perspectivas e experiências vividas, o que colabora na resolução dos problemas e na elaboração de propostas de melhorias (LEAL *et al.*, 2019).

Diante desse cenário, importante destacar que a gestão contemporânea promove maior satisfação com o trabalho, na medida em que aumenta a integração entre as pessoas, a valorização dos profissionais e a motivação dos membros da equipe (BRASIL, 2015).

Quando questionados em relação à participação na tomada de decisão, a maioria dos trabalhadores (131 = 58,7%) confirmou não participar do processo decisório no trabalho, conforme o discurso a seguir:

DSC:

Nenhuma. De forma nenhuma. Nunca participo. Não participo da tomada de decisão no ambiente de trabalho, só acato as decisões do gestor. Eu não participo, porque não dão condições. Não sou convidada a me expressar. As decisões ocorrem sem eu ser comunicada. Só ficamos sabendo das situações após decisão superior. Quando sabemos a decisão já foi tomada; só executamos. Eles tomam as decisões e só depois comunicam todo o pessoal. As decisões já vêm prontas só para cumprir (TT50/U4, TA291/U2, TME61/U4, TE301/U2, TA275/U2, TA324/U2, TA264/U2, TA305/U2, TA257/U2, TT168/U7, TT187/U7).

Os indivíduos que atuam em uma organização têm seus próprios valores e preferências, que são caracterizados como símbolos por Bolman e Deal (2017). Esses valores, preferências e experiências individuais são levados em consideração quando se tem uma tomada de decisão. Sendo assim, quando a tomada de decisão é realizada apenas pelas pessoas que detêm o maior poder dentro de uma instituição, os subordinados acabam por considerar os valores e as preferências de quem exerce a autoridade na organização, o que torna as escolhas desiguais e limitadas (SILVA; ARANTES, 2017).

Para Bolman e Deal (2017), a tomada de decisão na organização não é tão simples, visto que há limitação de recursos, como tempo e financiamento, e os conflitos entre indivíduos e grupos são constantes. Contudo, a inclusão dos membros da equipe na tomada de decisão é um fator importante para a implantação de uma gestão mais participativa.

Para Rahbi, Khalid e Khan (2017), quando não há participação dos trabalhadores no processo decisório, estes deixam de se sentir parte da equipe o que acaba gerando um ambiente de desmotivação. Ao contrário, quando há a tomada de decisão conjunta há também maior aceitação por parte da equipe, que se sente comprometida no alcance de resultados efetivos na continuidade do trabalho.

Segundo Bolman e Deal (2017), a organização que tem uma gestão eficiente leva a sério os objetivos a serem alcançados, preocupa-se com o bom desempenho dos profissionais para obtenção de melhorias e foca na tomada de decisão compartilhada por meio da opinião de todos

os envolvidos no processo de trabalho, a fim de reconhecer os trabalhadores como atores principais nesse processo.

A vida nas organizações está repleta de atividades e de acontecimentos que podem ser interpretados de várias maneiras. Desse modo, as boas decisões emergem dos detalhes da troca de informações entre todos os membros de uma equipe (BOLMAN; DEAL, 2017).

Bolman e Deal (2017) relacionam a tomada de decisão ao quadro de recursos humanos, pois é por meio da tomada de decisão compartilhada que os profissionais constroem maior comprometimento para o alcance dos melhores resultados. Também relacionam a tomada de decisão ao quadro político, na medida em que os profissionais adquirem, na tomada de decisão, uma oportunidade para exercício do poder, e ao quadro simbólico, uma vez que a tomada de decisão é anunciada pelos autores como um ritual para reconhecer valores e promover vínculos, trazendo conforto e apoio em tempos de estresse.

As reuniões entre os membros da equipe, são consideradas uma ocasião formal para a tomada de decisões, sendo um momento valioso para a tomada de decisões importantes e também uma chance de expressar sentimentos e construir relacionamentos (BOLMAN; DEAL, 2017).

De acordo com o quadro estrutural, proposto por Bolman e Deal (2017), no modelo de gestão mais flexível e descentralizado, a tomada de decisão é compartilhada e as responsabilidades são divididas de maneira que os indivíduos se esforçam para atingir os objetivos pretendidos.

Quando os trabalhadores são envolvidos na tomada de decisão, se sentem mais motivados e comprometidos com a instituição, posto que o compromisso e motivação são essenciais para o sucesso da organização (BOLMAN; DEAL, 2017).

Ademais, a maior parte dos trabalhadores (114 = 51,1%) relatou não ter autonomia para decidir sobre questões rotineiras, conforme o discurso a seguir:

DSC:

Não, autonomia para decidir não, nenhuma, quem decide é a chefia; sempre é encontrado uma desculpa para aceitar a opinião. Dificilmente eles aceitam sugestões, tudo quem decide é a coordenação. Apenas seguimos ordens. Existe uma hierarquia e eu tenho que me reportar a ela. Muito difícil ter autonomia na unidade. Não tenho voz ativa. Quando preciso decidir algo, eu vou procurar a chefia. Temos chefe na unidade e tudo é passado para o responsável pela unidade. Seguimos orientação do superior, temos superiores para isso. Regras ditadas e ordens a seguir. Questões são decididas

através de regras e normas estabelecidas pela Secretaria da Saúde. Não temos autonomia, não somos ouvidos e nem valorizados. Em cidade pequena as decisões, muitas vezes, são influenciadas por nível social, parentesco e amizades (TA327/U2, TE428/U3, TT187/U7, TT189/U7, TT320/U2, TT372/U8, TT425/U3, TT50/U4, TA305/U2, TA36/U3, TA103/U5, TT54/U4, TA267/U2, TA64/U4, TT168/U7, TME249/U2, TE155/U7, TE157/U7, TA375/U8).

Mais uma vez o DSC remete ao modelo tradicional de gestão, no qual somente o gestor tem autonomia para tomar decisões e impõe as regras a serem seguidas.

Autonomia significa a capacidade de se autogovernar, liberdade moral ou intelectual de uma pessoa, independência pessoal, a liberdade do homem que escolhe, por meio dos seus princípios, a sua ação e que não vive sem regras, porém se dá o direito de escolhê-las depois de examiná-las (SUSSER; ROESSLER; NISSENBAUM, 2019).

De acordo com o referencial teórico adotado, a falta de autonomia está relacionada tanto ao quadro político quanto ao simbólico, uma vez que os membros da organização ocupam diferentes posições hierárquicas e historicamente existe a crença de que as decisões devem ser tomadas por pessoas que estão no topo dessa escala hierárquica (BOLMAN; DEAL, 2017). Percebe-se por meio do discurso, que a falta de autonomia está associada tanto ao Secretário de Saúde quanto ao coordenador na unidade.

Em estudo realizado no estado de Santa Catarina, a ausência de autonomia e de proximidade do gestor junto ao corpo de trabalhadores causa desconforto na equipe que se sente abandonada, pois não possui autoridade para resolver problemas cotidianos e o serviço é realizado com receio de que erros sejam cometidos em decorrência da falta de respaldo dos superiores imediatos (SANTOS *et al.*, 2017b).

Segundo Bolman e Deal (2017), as pessoas são o centro de qualquer organização, de maneira que quando os profissionais sentem que a instituição responde às suas necessidades e apoia seus objetivos pessoais, verifica-se maior entrega ao compromisso e lealdade. Para os autores, um bom gestor trabalha em nome da organização e dos trabalhadores, apoiando seus funcionários e buscando sempre olhar para os interesses de ambos, ao passo que um gestor autoritário e inacessível, que não se comunica e não divide a autonomia com os funcionários da instituição, pode não ser necessariamente reconhecido como um gestor competente.

O gestor deve trabalhar para apoiar os funcionários da organização, abrindo portas, dialogando com os trabalhadores, mostrando preocupação, ouvindo as ideias e os desejos dos funcionários. Um bom gestor favorece a escuta e a capacidade de resposta, promove

participação e inclusão, garantindo que as pessoas tenham autonomia e apoio necessário para realizarem seu trabalho (BOLMAN; DEAL, 2017).

Um gestor eficiente geralmente se refere aos seus funcionários como parceiros, dando aos trabalhadores o direito de terem autonomia para tomarem decisões, motivando-os a terem interesse no sucesso da organização. Coloca os funcionários na linha de frente, ouvindo suas ideias e responsabilizando-os por suas decisões e ações. Dessa maneira, o gestor aumenta sua influência e constrói uma organização mais produtiva (BOLMAN; DEAL, 2017).

Em uma organização com o modelo de gestão compartilhada implantado, os trabalhadores experimentam a satisfação em sua criatividade e nos bons resultados alcançados. A autoridade dos funcionários transcende a relação tradicional e contraditória na qual os superiores tentam aumentar o controle sobre os subordinados e, assim resistem ao controle dos gestores a todo momento (BOLMAN; DEAL, 2017).

Quando o gestor dá maior autonomia ao trabalhador e confia nos funcionários para tentar solucionar um problema, ele acaba por motivar os funcionários e, consequentemente, encontra as melhores soluções. Na medida em que os trabalhadores ganham mais autonomia e recebem o feedback de suas ações, se esforçam mais, se sentem mais responsáveis pelos resultados obtidos e acabam vendo em seu trabalho mais significância e utilidade. Dessa forma, autonomia, espaço e liberdade são igualmente importantes tanto para os gestores, quanto para os trabalhadores (BOLMAN; DEAL, 2017).

Dar autonomia aos membros da equipe para tomarem decisões sobre os problemas com que se deparam é essencial para a qualificação da assistência, uma vez que os trabalhadores vivenciam os problemas e conseguem perceber a melhor solução para determinadas situações que podem ocorrer durante o exercício profissional.

Quando o gestor incentiva a autonomia dos trabalhadores na tomada de decisão, consequentemente estimula e encoraja a equipe para a produção de serviços de saúde mais participativos (FISCHBORN; CADONÁ, 2018). Para tanto, há que ser mais comunicativo, de modo que esse processo ocorra dialógica e lateralmente entre trabalhadores, ou seja, independentemente do nível hierárquico que ocupam, superando as estratégias verticalizadas e informativas (BERNARDES, 2018; LIMA *et al.*, 2017).

Ainda analisando a Tabela 4b, observa-se que a maior parte dos trabalhadores (90 = 40,4%) relatou que a comunicação na instituição ocorre por meio do diálogo, o que contrasta com as respostas anteriores, posto que a maioria dos profissionais relatou não ter autonomia para decidir sobre questões do dia a dia, não participar da tomada de decisão no trabalho e estar insatisfeita com o modelo de gestão atual da instituição.

A comunicação interfere no desempenho de uma organização e é fundamental tanto para o desenvolvimento do trabalho quanto para a coordenação das atividades, sendo essencial para um desempenho gerencial eficiente (CASTRO, 2017b).

O destaque dado ao diálogo nas respostas dos trabalhadores se contrapõe aos resultados apresentados anteriormente, que sugerem a não adoção de um modelo de gestão contemporâneo. A comunicação efetiva e o diálogo são características indispensáveis em um modelo de gestão mais participativo e horizontal em que as informações são completas e acabam por promover a integração entre as pessoas facilitando a participação dos profissionais nas decisões.

No modelo de gestão compartilhada, a comunicação facilita o relacionamento das pessoas dentro da organização. Para que ocorra um ambiente de trabalho com a colaboração de todos é fundamental que a comunicação seja efetiva, aberta e sem ruídos (PÉREZ *et al.*, 2017; TARTAGLIA *et al.*, 2018).

Nesse modelo de gestão, a comunicação torna-se um agente facilitador para a tomada de decisão, para a autonomia e, consequentemente, contribui com a satisfação do trabalhador em seu ambiente de trabalho, contrariamente ao que ocorre no modelo de gestão hierarquizado, cuja comunicação é verticalizada e informativa, tornando-se incompleta, o que acaba por restringir a participação dos trabalhadores junto às ações de saúde, fato observado nas instituições que participaram desta pesquisa.

Pelos discursos dos participantes, observa-se que a comunicação entre os membros da equipe é limitada, na medida em que não há participação na tomada de decisão e autonomia entre os integrantes da equipe para a resolução dos problemas.

O que salta aos olhos é que, apesar de a maioria dos trabalhadores (90 = 40,4%) relatar que a comunicação ocorre por meio do diálogo, uma quantidade análoga (88 = 39,5%) relatou que somente às vezes ela ocorre dessa forma. Tal fato ratifica os discursos anteriores sobre a ausência de autonomia, falta de participação nas decisões e insatisfação com o modelo de gestão.

Muitas vezes, a equipe relaciona a comunicação com a simples transmissão de informações, o que retrata um entendimento equivocado, uma vez que a ação de se comunicar é complexa e demanda estrutura, processos, fluxos e cuidados (NARDI *et al.*, 2018).

Além disso, as habilidades de comunicação facilitam o desenvolvimento de valores, de atitudes e de relacionamentos das pessoas dentro da organização. Uma boa comunicação organizacional influencia na imagem que é projetada da instituição para a sociedade (PÉREZ *et al.*, 2017).

Para Bolman e Deal (2017), a comunicação e o diálogo são estratégias essenciais para transpor certas barreiras presentes no ambiente de trabalho, como a falta de participação nas decisões, a confusão, a perda de direção e de clareza.

Vale ressaltar que apesar de relatarem que a comunicação na instituição ocorre por meio do diálogo, percebe-se pelos discursos que há pouca escuta do gestor, devido à falta de autonomia e de participação dos profissionais nas ações de saúde, o que evidencia a adoção do modelo tradicional de gestão nos municípios investigados e demonstra a fragilidade do modelo de gestão adotado.

Com base nos discursos analisados, infere-se que o modelo adotado nas instituições de saúde que participaram deste estudo ainda é um modelo de gestão tradicional, cujo poder de decisão e a autonomia são centralizados nos gestores. As decisões são tomadas pelas pessoas que ocupam um alto cargo na instituição, não havendo participação dos trabalhadores na resolução dos problemas que ocorrem no ambiente de trabalho.

As dificuldades que ocorrem podem estar relacionadas ao não cumprimento dos pressupostos do modelo de gestão compartilhada, o que tem potencial de gerar insatisfação e desmotivação por parte dos trabalhadores (BOMAN; DEAL, 2017).

É possível perceber discordância entre a opinião dos gestores e dos trabalhadores sobre o modelo de gestão adotado pelas instituições de saúde que participaram deste estudo, assim como o nível de satisfação com o modelo de gestão atual da instituição, fato que pode comprometer significativamente a qualidade da assistência prestada.

Ao tratarem do quadro simbólico, Bolman e Deal (2017) reportam que as pessoas podem ter visões diferentes sobre a organização e acrescentam que o gestor deve inspirar a equipe, provendo algo em que possam acreditar, de forma que se sintam motivados e satisfeitos com o seu local de trabalho.

No entanto, tal motivação e satisfação não são alcançadas, haja vista que problemas ocorrem relacionados ao não cumprimento dos pressupostos do modelo de gestão compartilhada, a exemplo da falta de autonomia na tomada de decisão. Importante destacar que, ao abordarem o quadro de Recursos Humanos, Bolman e Deal (2017) apontam que a motivação é essencial para o crescimento do grupo.

Nas unidades de saúde, a gestão é uma importante ferramenta para o desenvolvimento do trabalho de maneira efetiva e possibilita a realização de uma assistência de qualidade, sendo fundamental o conhecimento sobre gerenciamento para a qualificação dos serviços (LEAL *et al.*, 2018; PEITER; CAMINHA; OLIVEIRA, 2017).

Enquanto os gestores avaliam o modelo de gestão da instituição como sendo mais contemporâneo e participativo, possibilitando aos trabalhadores participarem da tomada de decisão e dando autonomia aos mesmos para decidirem sobre questões diárias, na visão dos trabalhadores o modelo de gestão está relacionado ao modelo tradicional, destacando-se por sua estrutura formal e verticalizada. É evidente o descontentamento dos trabalhadores com esse modelo de gestão hierarquizado, tendo em vista que gera insatisfação e desmotivação por não poderem participar do processo decisório, desvelando a falta de autonomia e, consequentemente, de corresponsabilidade com as decisões.

Vale lembrar que, quando um modelo de gestão que propõe a descentralização das ações e a participação do coletivo nas decisões está instituído, existe a percepção de todos os profissionais envolvidos quanto ao modelo vigente, pois a implantação de um modelo contemporâneo de gestão em detrimento ao modelo tradicional só ocorre quando todos os profissionais da organização enxergam a necessidade de mudança e manifestam o seu desejo de mudar.

De acordo com Faria, Santos e Aguiar (2003), por mais que um gestor se entregue ao sucesso das suas ações, ele não alcançará os seus objetivos se não entrar em consonância com os demais membros da equipe. Isso se deve ao fato de que:

> Ainda que uma gestão possa se concentrar em uma ou poucas pessoas, uma organização vive e se reproduz de acordo com a dinâmica da interação entre todos os seus componentes. Ela é constituída por um tecido vivo de trama complexa, e seus caminhos ou desempenhos independem do esforço de um único ator - ainda que esse seja reconhecido como um grande gestor (p. 1).

No quadro político, Bolman e Deal (2017) descrevem sobre a importância da relação de confiança entre os membros da equipe e traz, por meio do quadro de recursos humanos, que os resultados da instituição são surpreendentes quando o gestor incentiva a participação dos trabalhadores.

Ademais, manter os trabalhadores motivados e qualificados é uma poderosa vantagem para a instituição, sendo que o alto desempenho das organizações está relacionado à compreensão e respostas às necessidades não só da equipe, como também dos pacientes (BOLMAN; DEAL, 2017).

O modelo de gestão tradicional, conhecido como um modelo vertical de gestão, não responde mais às perspectivas dos profissionais e dos usuários do sistema de saúde. Nesse modelo gerencial, as pessoas estão sob supervisão direta do gerente que pode dificultar a tomada de decisão do subordinado, já que este não se sente à vontade para questionar as

decisões dos seus superiores, o que acaba por limitar a autonomia do trabalhador (FALLMAN; JUTENGREN; DELLVE, 2019).

Ao abordarem o quadro estrutural, Bolman e Deal (2017) esclarecem que a estrutura influencia o que acontece no local de trabalho. Em contrapartida ao modelo vertical de gestão, uma estrutura organizacional horizontal é a chave para aumentar a autonomia e consequentemente o desempenho da equipe.

Na gestão participativa, a equipe de saúde utiliza suas habilidades, seus conhecimentos e suas competências para produzir saúde de maneira compartilhada e motivadora (BRASIL, 2015), visto que a descentralização do poder e da autoridade acontece, possibilitando assim a construção de estratégias compartilhadas de resolução de problemas (ANDREASSON; ERIKSSON; DELLVE, 2016).

A Tabela 5 trata da associação entre a categoria ocupacional dos participantes e as respostas sobre o modelo de gestão.

Tabela 5 – Associação da categoria ocupacional com as variáveis sobre o modelo de gestão, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

(continua)

Variáveis	**Gestor (n = 6) Frequência**	**%**	**Trabalhador (n = 223) Frequência**	**%**	**Valor p***
Q1a - Instituição adota o modelo participativo/compartilhado de gestão					0,003
Sim	3	50,0	41	18,6	
Não	1	16,7	165	75,0	
Em processo de implantação	2	33,3	14	6,4	
Q1b - Envolvimento com a implantação do modelo de gestão participativo/ compartilhado **					0,031
Totalmente	3	100,0	9	22,0	
Parcialmente	0	0,0	11	26,8	
Raramente Envolvido	0	0,0	14	34,1	
Não Envolvido	0	0,0	7	17,1	

Tabela 5 – Associação da categoria ocupacional com as variáveis sobre o modelo de gestão, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

(conclusão)

Variáveis	Gestor (n = 6) Frequência	%	Trabalhador (n = 223) Frequência	%	Valor p*
Q2 - Nível de satisfação com o modelo de gestão atual da instituição					0,396
Muito satisfeito	0	0,0	8	4,0	
Satisfeito	4	80,0	71	35,9	
Insatisfeito	1	20,0	102	51,5	
Muito insatisfeito	0	0,0	17	8,6	
Q3 - Participação na tomada de decisão no trabalho					0,001
Sim	4	66,7	37	16,7	
Não	0	0,0	131	59,0	
Às vezes	2	33,3	54	24,3	
Q4 - Autonomia para decidir sobre questões do dia a dia					0,007
Sim	4	66,7	49	22,2	
Não	0	0,0	114	51,6	
Às vezes	2	33,3	58	26,2	
Q5 - Comunicação na instituição ocorre por meio do diálogo					0,014
Sim	6	100,0	90	40,9	
Não	0	0,0	42	19,1	
Às vezes	0	0,0	88	40,0	

Fonte: dados da pesquisa.
Nota:
* Teste Exato de Fisher. ** Válido para os que adotam o modelo participativo/compartilhado de gestão (n= 41).

Com a aplicação do Teste Exato de Fisher (Tabela 5), a categoria ocupacional associou-se de forma significante ($p<0,05$) com as variáveis “Instituição adota o modelo participativo/compartilhado de gestão” ($p=0,003$), “envolvimento com a implantação do

modelo de gestão participativo/compartilhado" (p=0,031), "participação na tomada de decisão no trabalho" (p=0,001), "autonomia para decidir sobre questões do dia a dia" (p=0,007) e "comunicação na instituição ocorre por meio do diálogo" (p=0,014). Não foi encontrada associação significativa entre a categoria ocupacional e o nível de satisfação com o modelo de gestão da instituição.

O teste de associação corrobora os discursos analisados quanto à diferença na percepção dos gestores e dos trabalhadores em relação ao modelo de gestão adotado pela instituição de saúde, assim como a falta de comunicação entre gestores e trabalhadores.

Vale pontuar que as categorias ocupacionais em estudo representam duas categorias heterogêneas em relação à sua distribuição, ou seja, o grupo dos gestores é um grupo relativamente pequeno em relação ao grupo dos trabalhadores, sendo que um mesmo gestor é responsável por uma grande quantidade de trabalhadores.

Os gestores e os trabalhadores também pontuaram as dificuldades e as potencialidades identificadas em relação ao modelo de gestão adotado na instituição.

A Tabela 6a ilustra a resposta dos gestores referente às dificuldades identificadas no que concerne ao modelo de gestão vigente na instituição onde atuam.

Tabela 6a – Respostas dos gestores (n=6) sobre as dificuldades identificadas em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

Categorias	**Frequência**	**%**
Regulação de Vagas	2	40,0
Jornada de Trabalho	1	20,0
Gestão de Pessoas	1	20,0
Tomada de Decisão	1	20,0
Total de IC	5	100,0
Não Responderam	2	-

Total de participantes que responderam à questão: 4

Fonte: dados da pesquisa.

Dos quatro gestores que responderam sobre as dificuldades identificadas quanto ao modelo de gestão adotado na instituição, dois (40%) apontaram dificuldades não necessariamente relacionadas ao modelo, porém dificuldades de gerir um serviço de saúde público, ou seja, a central de regulação de vagas, para realização de procedimentos em municípios vizinhos, conforme ilustra o discurso a seguir:

DSC:

Demora de vagas para transferir os pacientes que dependem de internação ou realização de exames em outros municípios (GE1/S11, GAD2/S12).

De acordo com Beltramini (2018), o SUS, que defende em seus princípios o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, carece de um processo de regulação de vagas eficiente. Para a autora, o processo atual de regulação de vagas, em relação aos municípios que pertencem ao DRS XIII, atende parcialmente aos princípios do SUS, sendo que os desafios enfrentados em relação a essa regulação estão refletidos nas enormes filas de espera e no atendimento ineficiente da população reportados pela mídia.

A regulação de vagas está relacionada à gestão do SUS e se faz necessária quando o município, que faz o atendimento em sua rede, identifica uma necessidade de atendimento que não é possível ser resolvida naquele momento ou local, sendo necessário então acionar os grandes polos, no DRS, a fim de garantir o acesso da população aos serviços de saúde (BELTRAMINI, 2018).

O intuito da regulação é proporcionar uma alternativa assistencial mais adequada à necessidade do usuário (BRASIL, 2017b).

Posto isso, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS com o propósito de fortalecer os mecanismos de gestão do SUS, de modo a organizar a rede de atenção e os fluxos assistenciais e consolidar os processos de regionalização, de hierarquização e de incorporação das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

O Estado de São Paulo conta com equipes de regulação de fluxo que derivam os pacientes ao lugar melhor equipado tecnicamente, sendo que em situações de emergência, quando a vida do usuário está em risco iminente, a regulação do fluxo ocorre mesmo quando o hospital não tem leitos disponíveis (vaga zero) (BRASIL, 2016c).

As três esferas do governo possuem responsabilidades na regulação dos serviços de saúde, sendo algumas das responsabilidades dos municípios: controlar o acesso do usuário aos

serviços disponíveis em seu território, acatar protocolos de regulação de acesso e monitorar a referência a ser cumprida em outros municípios (BRASIL, 2006).

A Portaria nº 1.559, de 1 agosto de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, traz que a área técnica da regulação está definida por meio de estruturas denominadas Complexos Reguladores, organizados por unidades chamadas Centrais de Regulação, que apresentam um nível central de coordenação e integração (BRASIL, 2008).

Essa portaria traz atribuições da regulação do acesso, entre elas: assegurar o ingresso aos serviços de saúde de maneira apropriada; garantir os princípios da equidade e integralidade; fomentar a utilização das informações dos cadastros dos usuários, dos profissionais de saúde e dos estabelecimentos; criar, divulgar e estabelecer protocolos de regulação e; identificar, ajustar e liderar os fluxos da assistência, dentre outros (BRASIL, 2008).

Segundo Beltramini (2018), na prática não é exatamente isso que acontece. Embora haja informações sobre a regulação de vagas em legislações e normas, elas não retratam a regulação no seu dia a dia. Segundo a autora, uma mesma solicitação de atendimento é reavaliada diversas vezes, o que acaba por deixar, em muitos momentos, a população desassistida, sendo indispensável portanto a proposta de algumas melhorias, orientadas para ações de prevenção e não para ações corretivas.

Estudo realizado entre 2013 e 2017 em um município pertencente ao DRS XIII mostrou que foram realizados 3.891.597 atendimentos em cinco UPAs, dentre os quais 206.431 foram por meio da central de regulação. Dessa forma, a soma de regulações anuais girou ao redor de 41.000, a média de recusa dos pedidos de regulação foi de 2.468 e a média de ocorrências reguladas em vaga zero de 5.741. O estudo ainda mostrou que, de 2013 a 2017, houve aumento do número de atendimento nos PAs, da quantidade de requerimentos de regulação, do número de requisições negadas e da quantidade de regulações em vaga zero, indicando o enfraquecimento da resolutividade do serviço pré-hospitalar e a carência de leitos hospitalares para pacientes agudos, fato que acaba por prejudicar a assistência prestada em todos os níveis de atenção (GRIZZO, 2018).

A regulação do acesso à assistência tem como práticas essenciais a regulação médica da atenção pré-hospitalar de urgência, o gerenciamento de leitos desocupados e de agendas de consultas com especialistas, além de instituir a referência entre unidades de diversas complexidades (BRASIL, 2008).

Sendo assim, a regulação em saúde é uma atividade ampla, pois atua na elaboração direta de ações de saúde nos três níveis de complexidade (baixa, média e alta), no que diz respeito ao ingresso do usuário aos serviços (BATISTA *et al*., 2019).

Outro gestor (20%) trouxe como dificuldade a tomada de decisão, relacionada à falta de autonomia para realizar mudanças, conforme discurso a seguir:

DSC:

Muitas vezes tomamos decisões para melhoria do serviço, porém somos barrados pelo executivo, principalmente no que se refere a organizar e precisar dizer "não" para a população. Cidade pequena a população bate na porta do prefeito (GE7/S18).

Bolman e Deal (2017), quando abordam sobre a estrutura das instituições, trazem que muitas organizações antigas e órgãos públicos são dominados pela tradição, caracterizada pela alta administração comprometida com os costumes, pensamento gerencial rígido e sistemas primitivos que dificultam o entendimento da necessidade de mudança.

A interferência política nas ações de saúde prejudica a organização dos serviços e contribui com a redução da qualidade dos atendimentos prestados.

Um estudo realizado no Paraná sobre o trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte aponta a política como uma dificuldade relacionada ao gerenciamento da unidade, uma vez que o Secretário de Saúde, que exerce uma função de confiança, desenvolve suas atividades de acordo com os interesses do prefeito, fazendo prevalecer o poder do mesmo (NUNES *et al.*, 2016).

Além disso, a pesquisa aponta que os usuários dos serviços de saúde podem interferir politicamente na instituição por meio das suas atitudes, quando suas reivindicações adquirem uma conotação política. Quando o usuário vai até ao prefeito solicitar algo, este não vai pensar na decisão técnica e sim no voto que está deixando de ganhar. A decisão pautada no interesse do voto acaba por eliminar a autonomia de quem está gerenciando as unidades de saúde, refletindo em uma sensação de impotência por parte do gestor (NUNES *et al.*, 2016).

Dessa forma, a política acaba sendo orientada aos interesses pessoais dos indivíduos e não ao interesse coletivo, interferindo na qualidade do atendimento prestado à comunidade. Para os autores, os interesses políticos sobrepõem as decisões gerenciais, muito embora os desafios para produzir um novo jeito de realizar gestão no SUS precisam ser pautados na superação de acontecimentos favorecidos pelo mando político (NUNES *et al.*, 2016).

A Tabela 6b contempla a resposta dos trabalhadores no que concerne às dificuldades identificadas em relação ao modelo atual de gestão da instituição onde trabalham.

Tabela 6b – Respostas dos trabalhadores (n=223) sobre as dificuldades identificadas em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

Categorias	**Frequência**	**%**
Autonomia	4	1,9
Participação nas Decisões	25	12,0
Recursos Materiais	15	7,2
Gestão de Pessoas	13	6,2
Resolução de Problemas	10	4,8
Comunicação	54	25,8
Política	14	6,7
Planejamento	3	1,4
Gestão Autoritária	6	2,9
Carga Horária	1	0,5
Ausência do Gestor	4	1,9
Remuneração	5	2,4
Qualificação Profissional	12	5,7
Infraestrutura	15	7,2
Comprometimento	3	1,4
Poder	4	1,9
Trabalho em Equipe	2	1,0
Segurança	6	2,9
Acesso ao Gestor	4	1,9
Relacionamento Interpessoal	5	2,4
Protocolos	3	1,4
Humanização	1	0,5
Total de IC	209	100,0
Não Responderam	95	-

Total de participantes que responderam à questão: 128

Fonte: dados da pesquisa.

Como ilustrado na tabela anterior, a maioria dos participantes da pesquisa (54 = 25,8%) relatou a comunicação como a maior dificuldade enfrentada em relação ao modelo de gestão adotado na instituição, conforme pode se depreender do discurso a seguir transcrito:

DSC:

Comunicação ineficiente. Muitas vezes contato apenas por rede social. Ausência de diálogo entre gestores e servidores. São muitos cargos de chefias que não ouvem os problemas vivenciados pelos colaboradores. Dificuldade em ter reuniões com superior imediato. Falta de horário para resolver questões do dia a dia. Há falha na comunicação, poucos diálogos e reuniões e dificuldade de comunicação com os gestores. Não existir diálogo com os gestores, não poder questionar ou dar opiniões. Solicitações ou reclamações, não recebemos resposta (TT48/U4, TE67/U4, TME62/U4, TT57/U4, TT53/U4, TT324/U2, TT49/U4, TT432/U3, TT45/U4).

Ter mais diálogo, comunicação. Dialogar sobre assuntos do serviço, as pessoas não dão muita importância às vezes no que você está referindo. Muitas vezes quero falar e não posso. Deixa os funcionários muito sem informação do que está acontecendo. Muitas mudanças são mal informadas e a gente só fica sabendo pelo boca a boca. Há dificuldade de comunicação. Falta de comunicação e diálogo. Ter mais diálogo com chefe e funcionário. A comunicação quando existe às vezes chega distorcida. (TT414/U3, TT50/U4, TE415/U3, TA36/U3, TME73/U4, TE197/U7, TE428/U3, TT431/U3, TT193/U7).

A dificuldade é a falta de comunicação. É a principal. Devido às poucas reuniões a forma utilizada para a comunicação (comunicado interno) é ineficaz. Há falta de diálogo em decorrência da hierarquia e causa uma distância ente as classes, dificultando o trabalho. Há dificuldade em manter diálogo com níveis hierárquicos maiores. Falta de comunicação. Informações incompletas/conflitos de informações. Muitas vezes não há diálogo dentro da própria unidade. (TT179/U7, TE184/U7, TT139/U6, TA286/U2, TE135/U6, TE134/U6, TT385/U9).

Dificuldade de comunicação com o gestor. Sem comunicação. É necessário compartilhar as informações. Falta comunicação entre setores diferentes, falta reuniões. A comunicação na prefeitura é uma única via. Não há retorno. Falta diálogo.

Falta comunicação com clareza. Quando tem algum desentendimento na equipe, as pessoas não conseguem conversar, elas brigam. Incompreensão dentro dos diálogos falhos. (TT115/U6, TT118/U6, TT121/U6, TE391/U9, TE389/U9, TA95/U5, TT386/U9, TA103/U5, TT199/U7).

Falta de diálogo com funcionário. Às vezes temos dificuldades em saber sobre mudanças ocorridas. Demora em receber novas informações relacionadas às mudanças e rotinas de trabalho. Alguns superiores hierárquicos não estão abertos ao diálogo. Difícil marcar reunião com os supervisores do setor. Falta mais diálogo entre profissional que atua na linha de frente com a chefia, que irá levar as propostas ao Secretário da Saúde. Não tem reunião. Falta de reunião para se dizer suas necessidades e dificuldades. (TT372/U8, TE400/U10, TT407/U10, TA263/U2, TME219/U1, TE155/U7, TME218/U1, TA247/U2, TA260/U2).

Falta de diálogo. Pouco diálogo. Falta de reuniões. Dificuldade em realizar reuniões para expor situações difíceis no nosso local de trabalho. Não se consegue multiplicar informações. Tudo muito jogado. Não se fazem reuniões para passar mudanças. Pouca conversa. Pouca transparência. Pessoas difíceis de dialogar. Dificuldade de chegar ao consenso sobre determinadas questões que poderiam ser discutidas ouvindo todas as opiniões. Nos anos em que estou nessa unidade não presenciei nenhuma situação em que a opinião do funcionário tem valor. (TT275/U2, TA283/U2, TE93/U5, TA289/U2, TA305/U2, TA316/U2, TA319/U2, TME326/U2, TE332/U2, TA340/U2).

Os discursos corroboram a discussão dos dados quantitativos, ou seja, apesar de entenderem que a comunicação acontece por meio do diálogo, os demais dados analisados sugerem a adoção de um modelo tradicional, cuja comunicação é informativa e verticalizada.

O diálogo é definido como um conjunto de palavras trocadas entre dois ou mais indivíduos. É a troca de ideias, opiniões, que tem como um dos propósitos, a solução de problemas comuns durante a comunicação entre as pessoas (JOKINEN; WILCOCK, 2017).

Do diálogo origina-se uma ação, por meio da qual os indivíduos criam seu próprio ambiente e identidade em vez de simplesmente representar o mundo por meio de palavras, sendo fundamental que haja espaço para a participação de todos em situação igualitária de expressar-se, seja no ambiente pessoal ou profissional (OLIVEIRA, 2016).

O desenvolvimento de práticas dialógicas pode acontecer por meio de reuniões, que são espaços em que as informações sobre um determinado problema geralmente são compartilhadas. É nessa ocasião que ocorre a síntese das discussões e é geralmente a oportunidade em que decisões são tomadas para a resolução dos problemas enfrentados cotidianamente (KANTORSKI; CARDANO, 2017).

No momento das reuniões conjuntas, as vozes de todos os participantes devem ser ouvidas e respeitadas, razão pela qual se torna um momento propício para se manter uma comunicação aberta entre as partes (KANTORSKI; CARDANO, 2017).

Para Oliveira (2016), é por meio do estabelecimento do diálogo que o indivíduo constrói vínculos, interpreta a realidade e transforma o seu ambiente, bem como se constitui a consciência e o reconhecimento do outro.

No contexto das organizações, onde ainda prevalece a fragmentação das relações de trabalho, o convívio entre os sujeitos ocorre em ambientes complexos, marcados pela gestão cotidiana. É nesse ambiente que o diálogo acontece, a partir das interações entre os sujeitos no momento da comunicação (OLIVEIRA, 2016).

Segundo Lee e Kim (2020), a comunicação engloba muito mais do que a própria fala: é algo amplo, complexo, dinâmico e contínuo, podendo ser expressada de diferentes formas. Não acontece interação sem comunicação, de modo que as duas são habilidades fundamentais a serem desenvolvidas no processo de trabalho. Para os autores, os trabalhadores de saúde convivem com dificuldades de comunicação constantes, que acabam por interferir na satisfação das necessidades profissionais e na continuidade e na qualidade da assistência.

É fundamental conhecer os elementos que compõem esse processo de comunicação, a fim de identificar as interferências negativas e positivas para que a comunicação se torne mais efetiva entre a equipe no ambiente de trabalho. Cada indivíduo desempenha uma determinada função dentro da organização, sendo a hierarquia, a autoridade, o poder e o status alguns elementos que podem influenciar nesse processo (LEE; KIM, 2020).

A comunicação envolve um fluxo de mão dupla, caracterizado minimamente pela presença de um emissor e de um receptor. Aquele que recebe a mensagem, responde a ela de alguma forma, no momento imediato ou após certo tempo. Essa mensagem pode ser transmitida de várias formas, seja por meio de um documento, de comunicação visual ou audível. A comunicação é um instrumento de gestão utilizado para todas as funções que ocorrem na instituição, uma vez que o tempo todo tem que conviver e lidar com outras pessoas dentro de uma organização. A maioria das ações para com os outros são atos comunicativos e sendo essa

comunicação verbal ou não, envolve a transmissão de conteúdos intelectuais e emocionais (THE JOINT COMMISSION, 2017).

Portanto, torna-se essencial estreitar os laços de uma comunicação efetiva, sem exigências, ruídos e barreiras entre os trabalhadores, apreciar o trabalho do outro e considerá-lo, articulando por meio da comunicação e da interação entre os indivíduos, pensamentos, ideias e ações, a fim de derrubar as barreiras que prejudicam o vínculo estabelecido entre os profissionais de diferentes hierarquias. A eficiência da comunicação entre os integrantes da equipe é algo de extrema importância, pois garante um relacionamento agradável entre as pessoas, tornando o trabalho mais efetivo e reflete, consequentemente, no cuidado prestado ao usuário do sistema de saúde (GIANFREDI *et al.*, 2019).

Durante a comunicação, o emissor da informação codifica seu pensamento para transmitir uma mensagem, sendo necessário ao receptor decodificar essa mensagem em um novo pensamento. Nesse processo existem os ruídos representados por tudo aquilo que interfere na mensagem e promove a distorção da informação. Dessa forma, todo processo de comunicação está sujeito a distorções, sendo que boa parte dos problemas que ocorrem dentro de uma instituição resulta de uma comunicação inadequada, inoportuna ou falha. Posto isso, o contato direto continua sendo insubstituível no processo de comunicação, na medida em que existem sinais voluntários e involuntários, como um gesto, um olhar, um franzir de testa, ou um sorriso, que são possíveis de entendimento somente por meio do contato direto (THE JOINT COMMISSION, 2017).

Quando ocorre a comunicação efetiva entre as pessoas da organização, as informações são proporcionadas a fim de facilitar a integração de todos no processo de trabalho, o que aumenta a iniciativa e a criatividade dos membros da equipe, otimizando a eficiência das pessoas em suas funções, dando condições para um melhor relacionamento interpessoal dentro da empresa. O modelo tradicional de gestão inibe essa criatividade, uma vez que o planejamento e a execução do processo de trabalho ocorrem por meio do gestor, sem a participação dos outros membros da equipe, podendo ocasionar inúmeros conflitos (RUBEN; GIGLIOTTI, 2017).

De acordo com Anzengruber *et al.* (2017), o modelo tradicional de gestão continua sendo utilizado por gestores das mais diversas organizações, apesar de haver inúmeras limitações ao emprego desse modelo. Porém, o crescimento das organizações e a complexidade adquirida pela gestão ao longo dos anos inviabilizam a continuidade da gestão tradicional, demandando assim a criação de uma nova lógica gerencial.

Para Anzengruber *et al.* (2017), o sistema participativo de gestão é o mais eficaz, na medida em que o fluxo de comunicação entre a equipe torna-se mais eficiente, pois as

informações são compartilhadas entre gestores e trabalhadores para que todos tenham conhecimento do processo de trabalho e, nesse contexto, as decisões são tomadas de forma participativa, consultando-se todos os envolvidos.

A Tabela 7a apresenta a resposta dos gestores referente às potencialidades identificadas em relação ao modelo de gestão vigente na instituição onde atuam.

Tabela 7a – Respostas dos gestores (n=6) sobre as potencialidades identificadas em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

Categorias	**Frequência de Ideias**	**%**
Humanização	1	20,0
Acolhimento	1	20,0
Relacionamento Interpessoal	1	20,0
Comunicação	2	40,0
Total de IC	5	100,0
Não Responderam	2	-

Total de participantes que responderam à questão: 4

Fonte: dados da pesquisa.

Dos quatro gestores que responderam acerca das potencialidades identificadas referentes ao modelo de gestão adotado na instituição, dois (40%) relataram a mesma opinião, ou seja, mencionaram que a potencialidade em relação ao modelo de gestão está associada à comunicação, conforme discurso a seguir:

DSC:

Comunicação, mais informação para decisões gerenciais (GME6/S16, GE7/S18).

Novamente observa-se a diferença de percepção dos gestores e dos trabalhadores quanto ao modelo de gestão adotado nas instituições que participaram deste estudo. Enquanto alguns

trabalhadores relataram que a comunicação é a maior dificuldade encontrada em relação ao modelo de gestão da instituição, os gestores percebem a comunicação como uma potencialidade.

Para os gestores existe comunicação e compartilhamento de informação que tem por objetivo facilitar a tomada de decisão gerencial; já para os trabalhadores, a comunicação no ambiente de trabalho é ineficiente e a ausência do diálogo se faz presente no comportamento dos gestores, diante das dificuldades apontadas.

Segundo Veloso, Dutra e Nakata (2016), a realidade percebida pelos gestores pode ser diferente da percebida pelos trabalhadores em relação aos comportamentos no ambiente de trabalho. Para o autor, isso ocorre porque cada um tem a sua percepção sinalizada por atitudes e expectativas próprias.

Os gestores que participaram deste estudo se percebem exercendo uma gestão mais participativa, pautada no direito concedido aos trabalhadores em ter autonomia para decidir sobre questões rotineiras, participando das decisões em conjunto e facilitando a comunicação por meio do diálogo.

Já os trabalhadores percebem o exercício de uma gestão mais autoritária, pautada na falta de autonomia e na ausência de participação na tomada de decisão e apontam em sua maioria a comunicação como uma dificuldade do modelo de gestão da instituição.

Para Almeida e Baptista (2017), a comunicação é uma valiosa ferramenta de relacionamento no âmbito organizacional, podendo trazer consequências positivas ou negativas a depender da forma como será utilizada. Nessa perspectiva, a falta de comunicação leva a interpretações errôneas da realidade, ao mau gerenciamento de conflitos e desgastam assim as relações no ambiente de trabalho

De acordo com as autoras, o contexto de trabalho no setor saúde, que é caracterizado por uma diversidade de cenários e de condições de trabalho, tem se transformado nas últimas décadas. Entretanto, ainda é nítida a forte influência dos modelos tradicionais de gestão nas organizações de saúde, devido à presença de uma gerência autoritária e rigidamente hierarquizada (ALMEIDA; BAPTISTA, 2017).

A gestão participativa está atrelada ao compromisso com a mudança, pois permite o desenvolvimento de ações que proporcionam a configuração democrática e inovadora do processo de trabalho (SILVA *et al.*, 2017).

Para Silva (2016), assegurar uma gestão participativa dentro das organizações, pautada na criação de meios de comunicação mais democráticos por meio dos quais os trabalhadores

possam ouvir e ser ouvidos, produz bem-estar no ambiente de trabalho, na medida em que esse modelo de gestão contribui para a manutenção de um ambiente mais colaborativo e saudável.

A Tabela 7b ilustra a resposta dos trabalhadores quanto às potencialidades identificadas em relação ao modelo de gestão da instituição.

Tabela 7b – Respostas dos trabalhadores (n=223) sobre as potencialidades identificadas em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

(continua)

Categorias	**Frequência de Ideias**	**%**
Trabalho em Equipe	8	10,0
Humanização	2	2,5
Acolhimento	2	2,5
Atendimento de Qualidade	10	12,5
Agilidade no Atendimento	3	3,8
Recursos Materiais	1	1,3
Gestão de Pessoas	2	2,5
Comunicação	16	19,8
Implementação de Melhorias	1	1,3
Gestão Flexível	3	3,8
Comprometimento	1	1,3
Qualificação Profissional	4	5,0
Acesso ao Gestor	7	8,8
Realização de Campanhas	1	1,3
Remuneração	1	1,3
Carga Horária	2	2,5
Relacionamento Interpessoal	3	3,8
Participação nas Decisões	2	2,5
Processo de Trabalho	1	1,3
Protocolos	4	5,0

Tabela 7b – Respostas dos trabalhadores (n=223) sobre as potencialidades identificadas em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

(conclusão)

Categorias	Frequência de Ideias	%
Estabilidade	2	2,5
Informatização	1	1,3
Resolução de Problemas	1	1,3
Organização	2	2,5
Infraestrutura	1	1,3
Total de IC	81	100,0
Não Responderam	166	-
Total de participantes que responderam à questão: 57		

Fonte: dados da pesquisa.

Dos 57 trabalhadores que pontuaram as potencialidades identificadas em relação ao modelo de gestão, 16 trabalhadores (19,8%), apontaram a comunicação como uma potencialidade em relação ao modelo de gestão da instituição, como se observa do excerto a seguir:

> DSC:
> *Comunicação/diálogo. De acordo com a necessidade, há reuniões. Nos reunimos para que todos estejam cientes de mudanças, alterações. Há abertura para diálogo, comunicação aberta ente gestão e os funcionários. A coordenação é muito aberta às conversas; há diálogo com superiores. A comunicação por meio de comunicados internos e mensagens via celular é uma forma de informação rápida. Temos grupo no WhatsApp, telefones sempre dispostos e a comunicação nossa é sempre disponível, isto é bom e nos ajuda* (TT159/U7, TA105/U5, TT376/U8, TE120/U6, TA129/U6, TT207/U7, TT403/U10, TE184/U7, TE400/U10, TE167/U7).

> *Comunicação. Atualmente percebemos a respeito da gerência, abertura para troca de informações. Gerência é aberta ao diálogo. Diante da hierarquia, o diálogo é sempre positivo. O gestor sempre conversa e abre espaço para o diálogo, mesmo que não apresente muitas soluções.* (TA308/U2, TA300/U2, TME303/U2, TA293/U2, TA295/U2).

Dessa forma, apesar de os gestores e os trabalhadores pontuarem a comunicação como potencialidade do modelo de gestão, foi possível observar, nas dificuldades apontadas, que um número maior de trabalhadores 54 (25,8%) traz a comunicação como uma dificuldade do modelo de gestão adotado pela instituição.

Observa-se, no entanto, a realização de reuniões somente de acordo com a necessidade e o fato de que os trabalhadores apontam como um fator positivo a comunicação realizada por meio de comunicados internos, WhatsApp e telefone. Essas formas de comunicação podem apresentar desvantagens, como por exemplo a ausência da oportunidade de troca de ideias e falhas na interpretação das mensagens recebidas. Posto isso, a comunicação face a face se torna a forma de comunicação mais eficiente.

A face mostra o que verdadeiramente se sente quando os sujeitos se expressam, sendo a voz um instrumento extremamente importante de comunicação. A expressão facial é a resposta precisa de um comportamento demonstrado em determinado momento e contexto, sendo produzida e reconhecida por grande parte das pessoas (HELLMANN; ANG; SOOD, 2020).

A comunicação presencial possibilita a interação entre as pessoas, fazendo com que a informação chegue até a base da pirâmide organizacional. Essa forma de comunicação valoriza a informação como um fator de motivação, na medida em que o gestor consegue ouvir com mais clareza as opiniões e as dúvidas dos membros da equipe (HELLMANN; ANG; SOOD, 2020).

Esse tipo de comunicação é dialógica e produz conhecimento acerca dos acontecimentos diários, por meio das mensagens transmitidas em tempo real. É um recurso utilizado com o intuito de fazer com que as pessoas se relacionem e reduzam as dificuldades de compreensão da mensagem (GHARAVEIS *et al.*, 2019).

A interação pessoal permite a construção dos sentidos e do significado das mensagens, a modificação e a reorientação do fluxo da comunicação, facilitando o seu entendimento (GHARAVEIS *et al.*, 2019).

Esse tipo de interação no ambiente de uma organização acontece frequentemente por meio de reuniões, configuradas por espaços capazes de fortalecer o vínculo entre a equipe

multiprofissional. É nesse espaço que se tem a abertura para escuta e normalmente são sugeridas soluções para os problemas enfrentados cotidianamente, que podem ser mais efetivas, posto que cada profissional contribui com suas ideias e experiências (MENEZES; AVELINO, 2016).

Segundo o referencial teórico utilizado, as reuniões são como ímãs que atraem indivíduos que estão em busca de respostas para a solução de problemas. Esses espaços de reuniões lidam com questões simbolicamente significativas. Para os autores, as reuniões podem nem sempre trazer melhorias relevantes, contudo, servem como ocasiões para promover o vínculo coletivo (BOLMAN; DEAL, 2017).

De acordo com Bolman e Deal (2017), esses espaços de reuniões se encaixam aos quatro quadros elaborados pelos autores: ao quadro estrutural, na medida em que as reuniões se transformam em ocasiões formais para tomar decisões relacionadas à instituição; ao quadro de recursos humanos, pois também se configuram como espaços informais de envolvimento e compartilhamento de sentimentos; ao quadro político, quando o indivíduo, por meio de suas ideias, consegue se destacar e ganhar reconhecimento e; ao quadro simbólico, visto que nessas ocasiões, a cultura organizacional pode ser celebrada ou transformada.

Para Menezes e Avelino (2016), as reuniões em grupo possibilitam maior interação entre as pessoas e proporcionam a prática coletiva de problematização e da discussão, delineando um processo de aprendizagem crescente, funcionando como estratégia eficiente à abertura de um espaço voltado para a escuta das necessidades e de informações do cotidiano de trabalho.

De acordo com Basta *et al.* (2017), as reuniões realizadas em grupo, em que o diálogo se faz presente, representam espaços de construção de significados por parte dos participantes, favorável ao desenvolvimento da autonomia e de reponsabilidades. Por meio desse espaço, as emoções, as crenças e os valores dos indivíduos podem ser trabalhados, no sentido de consolidação de práticas reflexivas em sintonia com a construção de uma cultura democrática de valorização de opiniões.

É por meio dessas reuniões que são identificados os temas que tendem a suscitar posicionamentos divergentes e convergentes, no fluxo das interações interpessoais no momento das discussões, podendo os participantes trazer à tona o debate de casos reais (BASTA *et al.*, 2017).

Segundo Santos *et al.* (2017b), as reuniões são consideradas espaços que têm como proposta a organização do processo de trabalho, visto que ocorrem discussões coletivas para a organização e para o planejamento conjunto das atividades. As reuniões são momentos de encontro entre equipe para fazer trocas, no sentido de compartilhar com o outro questões que

serão necessárias ao bom andamento das atividades do dia a dia, constituindo uma prática para a ampliação da comunicação entre os profissionais.

Uma vez que a troca de saberes ocorre de forma multidisciplinar nesses espaços de reuniões, os profissionais se apoiam uns aos outros para o fortalecimento das decisões e acabam por valorizar a experiência e a formação profissional de cada um (SANTOS *et al.*, 2017a).

Santos *et al.* (2017b) pontuam que reuniões frequentes fortificam o processo de distribuição de conhecimento e a tomada de decisão, resultando em planejamento conjunto das ações a serem desenvolvidas e da corresponsabilidade com o processo de trabalho. Nesse sentido, a realização de reuniões ocorre somente quando há necessidade deve ser revista.

Muitas vezes não é possível a presença de todos os membros da equipe, no entanto os registros e as conversas que podem acontecer em outro momento são consideradas possibilidades de validar os arranjos elaborados em reunião, permitindo que todos tenham conhecimento sobre as decisões acertadas (SANTOS *et al.*, 2017b).

Em contrapartida, a comunicação realizada por meio de mensagens, apesar de ser uma forma rápida de se comunicar, apresenta certas limitações, pois na sua maioria são mensagens curtas e sucintas (MESQUITA *et al*., 2017).

Esse tipo de comunicação é utilizado como mera transmissão de informação e reduz a interação social dificultando o relacionamento entre as pessoas no cotidiano (GUNKEL, 2017).

Na comunicação por mensagem, nem sempre quem recebe a informação está com sua atenção voltada ao conteúdo fornecido e, nessa perspectiva, o receptor pode estar focado em outra atividade, dispersando sua atenção em relação à informação divulgada (CHIARIONI; BIEGING, 2016).

Outro ponto que chama atenção é o reconhecimento, no discurso dos trabalhadores, de uma gestão hierarquizada, haja vista que relacionam a presença de comunicação à mera troca de informações e ao fato de que o gestor, mesmo permitindo espaço para o diálogo, não apresenta soluções para as questões discutidas.

Em estudo realizado no Japão foram destacados pelos participantes os desafios de se trabalhar em um ambiente com relações de trabalho verticalizadas, dentre os quais se destacam: a falta de diálogo com o superior hierárquico e com a equipe interdisciplinar, que dificulta o trabalho em equipe; a obediência às ordens dos superiores, sem a possibilidade de fazer questionamentos e; as regras impostas pelos superiores, que determinam as condutas dos trabalhadores, impedindo os profissionais de agirem, muitas vezes, de forma assertiva em relação ao cuidado prestado ao paciente (OMURA; STONE; LEVETT-JONES, 2018).

As regras são importantes em uma organização, tendo em vista que podem resolver as tensões que surgem pela existência de diferentes entendimentos. No entanto, certas regras podem ser negociadas a fim de resolver os conflitos que podem surgir durante o exercício profissional, posto que o trabalho nas organizações envolve grupos sociais com vivências e com visões diferentes (MCGIVERN *et al.*, 2018).

Segundo McGivern *et al.* (2018), quando as regras são impostas, sem a possibilidade de serem rediscutidas ou negociadas abertamente, acaba por interferirem de forma negativa na eficiência do trabalho realizado, diminuindo a produtividade e a qualidade da assistência prestada.

Nesse sentido, a equipe interdisciplinar deve ter a oportunidade de poder rever as regras institucionais junto ao gestor, colaborando com a implementação de mudanças, fato que consequentemente estimula o diálogo, favorece a compreensão mútua e o engajamento dos profissionais em suas atividades diárias para produzirem os melhores resultados (MCGIVERN *et al.*, 2018).

Além do exposto, foi dada aos respondentes a possibilidade de acrescentar alguma informação que julgassem relevante.

Somente um gestor respondeu a essa questão, conforme trecho a seguir:

DSC:

Necessita-se atualmente de mais ajuda por parte do governo do Estado e Federal para aquisições de equipamentos hospitalares e veículos para melhor atender à população dos municípios (GAD2/S12).

A informação acrescida aborda a necessidade de aquisição de equipamentos hospitalares, responsabilidade dos estados e municípios, sendo que o Ministério da Saúde desenvolveu ferramentas para auxiliar os gestores nessa atividade (PIOLA, 2017).

Em 2004, o Ministério da Saúde criou o Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SomaSUS), como um Sistema de Organização para Modelos Assistenciais do SUS, formalizado pela Portaria GM/MS n° 2.481, de 2 de outubro de 2007, para ajudar gestores na construção de projetos de realização de obras e na compra de equipamentos e materiais duráveis (BRASIL, 2021).

Segundo a Portaria nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005, que institui a Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do SUS, os equipamentos, os

medicamentos e os procedimentos técnicos são considerados tecnologias em saúde e são responsáveis por parte da prestação de cuidados de saúde à população (BRASIL, 2005c).

Em 2013, o Ministério da Saúde publicou um manual de Diretrizes metodológicas, com objetivo de nortear a análise dos gestores envolvidos na avaliação de equipamentos médicos assistenciais, seja na inserção, na alteração ou na suspensão dessas tecnologias nas diversas categorias de gestão do SUS (BRASIL, 2013).

A depender do porte do equipamento, é necessário criar ou adaptar a infraestrutura física, os recursos humanos qualificados, tratamento de determinados resíduos, manutenções frequentes, insumos e troca de peças de alto custo (SILVA *et al.*, 2020).

Os indicadores de saúde do Brasil, em 2009, evidenciam que há desigualdades na distribuição de recursos e de equipamentos médico-hospitalares, assim como no ingresso da população aos serviços de saúde. Ademais, a incorporação de equipamentos pelos serviços públicos de saúde depende, em sua maioria, de decisões governamentais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

Para Silva *et al.* (2020), a gestão eficiente dos equipamentos médico-hospitalares é parte complementar dos cuidados de saúde prestados ao usuário, tornando-se um item relevante de garantia da integralidade, estando associada à qualificação da assistência.

Em relação à resposta dos trabalhadores sobre adicionar alguma informação relevante, foram encontradas 18 classes temáticas relacionadas na Tabela 8.

Tabela 8 – Respostas dos trabalhadores (n=223) sobre informações relevantes em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017 (continua)

Categorias	**Frequência de Ideias**	**%**
Flexibilidade da Gestão	1	1,5
Participação nas Decisões	6	8,8
Qualificação Profissional	9	13,2
Comunicação	14	20,6
Recursos Materiais	6	8,8
Valorização Profissional	2	2,9
Política	8	11,8
Carga Horária	2	2,9
Remuneração	1	1,5

Tabela 8 – Respostas dos trabalhadores (n=223) sobre informações relevantes em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição, de oito municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2017

(conclusão)

Categorias	Frequência de Ideias	%
Qualificação do Gestor	3	4,4
Resolução de Problemas	1	1,5
Recursos Humanos	4	5,9
Segurança	5	7,4
Autonomia	1	1,5
Infraestrutura	2	2,9
Atendimento de Qualidade	1	1,5
Motivação	1	1,5
Ausência do Gestor	1	1,5
Total de IC	68	100,0
Não Responderam	175	-
Total de participantes que responderam à questão: 48		

Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 8, os trabalhadores trouxeram a comunicação como uma informação relevante em relação ao modelo de gestão adotado pela instituição, como se observa no discurso a seguir:

DSC:

Mais comunicação. Comunicação interna. Abertura de expressar opiniões. Não existe diálogo. Acredito que um bom gestor deve saber escutar e ouvir os seus subordinados. Trabalhar em empresas de médio e grande porte exige de todos uma comunicação clara e objetiva. O sucesso às vezes depende não só de se escutar e entender uma informação passada com toda clareza, mas sim da importância dada a ela, assim o executar terá mais sentido e o resultado será mais eficaz (TT414/U3, TA260/U2, TT137/U6, TT104/U5, TT386/U9, TME60/U4, TE167/U7, TT158/U7).

Existir diálogo entre as partes. Reuniões com mais frequência. Deveria ter reunião com mais frequência para esclarecimentos. Temos que fazer mais reuniões na unidade para apontar o ponto de vista dos funcionários. Periodicamente fazer reunião com a equipe. (TE67/U4, TT170/U7, TT169/U7, TT201/U7, TA239/U2).

Novamente, a falta de comunicação e a ausência de diálogo surgem como informação relevante relacionada ao modelo de gestão. Conforme já apontado nos relatos anteriores, é por meio da comunicação que o indivíduo pode manifestar o que é, estabelecer relações e realizar seus desejos. O contato com o outro é capaz de inspirar a conduta dos sujeitos, que se comportarão com base em suas concepções, princípios, história de vida e cultura. Sendo assim, a construção de espaços para troca de informações, de experiências e para mediação de conflitos são consideradas estratégias importantes para melhorar a comunicação em saúde (WRIGHT, 2017).

6.2 Resultados e Discussão da Pesquisa Quase-Experimental

Depois de realizada a etapa de análise do tipo de modelo de gestão adotado nos serviços de saúde e identificação das potencialidades e dificuldades relacionadas aos modelos de gestão, foi oferecida uma intervenção educativa em gestão compartilhada aos gestores municipais e trabalhadores dos PAs que participaram da primeira fase da pesquisa, pertencentes às SMS dos oito municípios que compõem o DRS XIII. O conteúdo dessa intervenção educativa enfatizou a tomada de decisão, a comunicação e o poder e teve como objetivo oferecer informações relevantes sobre os pressupostos do modelo de gestão compartilhada e assim estimular a aquisição de conhecimento em relação a esse modelo de gestão mais participativo.

Compuseram a terceira fase dessa pesquisa 30 participantes, ou seja, 13,1% da amostra inicial. Dentre eles, 21 (70%) eram mulheres e nove homens (30%), todos eram profissionais de saúde de nível superior e médio, sendo dois gestores (6,7%) e 28 trabalhadores (93,3%). A distribuição por SMS e UPA está exposta na Tabela 9.

Tabela 9 – Gestores e trabalhadores (n=30) que participaram da intervenção educativa em gestão compartilhada, de cinco municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2018

Secretarias de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento	Pessoas convidadas		Participantes efetivos	
	Frequência	%	Frequência	%
S 11	1	0,4	0	0,0
S 12	1	0,4	0	0,0
S 13	1	0,4	0	0,0
S 15	1	0,4	0	0,0
S 16	1	0,4	1	3,3
S 18	1	0,4	1	3,3
U01	11	4,8	0	0,0
U02	85	37,1	17	56,7
U03	20	8,7	0	0,0
U04	25	10,9	1	3,3
U05	11	4,8	0	0,0
U06	13	5,7	5	16,7
U07	37	16,2	0	0,0
U08	9	3,9	1	3,3
U09	8	3,5	4	13,3
U10	4	1,7	0	0,0
Total	229	100,0	30	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 10 apresenta a média e o desvio-padrão de acertos no pré e pós-testes aplicados durante a intervenção educativa, bem como a variação de desempenho entre os testes.

Tabela 10 – Média e Desvio-Padrão referentes aos acertos no questionário pré e pós-intervenção educativa e sobre a variação de desempenho entre os mesmos, Ribeirão Preto, Brasil, 2018

	Acertos no Pré-Teste	Acertos no Pós-Teste	Variação do Desempenho
Média	7,8	9,07	1,3
Desvio-Padrão	2,56	1,33	2

Fonte: dados da pesquisa.

Frente a esses achados, nota-se que a hipótese do estudo foi confirmada na medida em que foram incorporados conhecimentos sobre gestão compartilhada pelos gestores e trabalhadores após a implementação da ação educativa.

Tabela 11 – Análise de teste t de Student para uma amostra referente à variável variação de desempenho em acertos de um questionário após realização de intervenção educativa, Ribeirão Preto, 2018

	Grau de Liberdade	**Diferença de Média**	**t**	**p**
Variação do Desempenho	29	1,3	3,471	0,002

Fonte: dados da pesquisa.

Sabendo que a distribuição da amostra é normal, utilizou-se o teste paramétrico t de Student, cujo resultado foi de t =3,471 e p=0,002. Logo, para um alfa de 5% e número de graus de liberdade de 29 (30-1), o t crítico (tc) é de 2,045. Sendo 3,471>2,045 e corroborando-se esse achado com o fato de que a média de acerto ter passado de 78% para 90% das questões, rejeita-se, então, a hipótese nula.

Observa-se, portanto, que há diferença estatisticamente significante entre o número de acertos antes e após a intervenção educativa, de maneira que se pode inferir que foram incorporados conhecimentos sobre gestão compartilhada pelos participantes. Os resultados gerados utilizados para essa análise encontram-se na Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição das questões que compuseram os questionários segundo acertos dos participantes, aplicados antes e depois da intervenção educativa de cinco municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, 2018

Questões	**Acertos**				**Variação do Desempenho**	
	Pré-Teste	**%**	**Pós-Teste**	**%**	**Nº**	**%**
Q1	24	80	27	90	3	+10
Q2	24	80	27	90	3	+10
Q3	21	70	26	86,7	5	+16,7
Q4	22	73,3	27	90	5	+16,7
Q5	22	73,3	26	86,7	4	+13,4
Q6	22	73,3	26	86,7	4	+13,4
Q7	21	70	24	80	3	+10
Q8	25	83,3	29	96,7	4	+13,4
Q9	28	93,3	30	100	2	+6,7
Q10	25	83,3	30	100	5	+16,7

Fonte: dados da pesquisa.

A questão que obteve menor acerto no pré-teste foi a de número sete, que trata sobre o papel da comunicação compartilhada, com 70% de acertos, o que corrobora os achados da primeira fase que apontam que a comunicação é um ponto a ser trabalhado nessas unidades.

Na área da saúde, a comunicação impacta favoravelmente na qualidade do trabalho desenvolvido e tem um papel fundamental sobre o cuidado prestado, porém podem ocorrer entraves nesse processo, sendo essencial portanto promover ações que aprimorem a qualidade da comunicação nos serviços de saúde (SOARES; POLEJACK, 2016).

A comunicação é tão primordial para o desenvolvimento do trabalho em saúde que a segurança do paciente pode ser comprometida por erros e por eventos adversos relacionados a microcomunicações entre os profissionais da saúde, não obstante essa comunicação seja afetada pelas relações interpessoais (LEE; DORAN, 2017).

De acordo com Soares e Polejack (2016), a comunicação é um dos grandes desafios para o trabalho em equipe, tornando-se necessário preparar os profissionais para a realização de uma comunicação adequada.

Nesse sentido, a equipe de saúde deve dar devida atenção às reações emocionais, que podem ser percebidas no comportamento não verbal, assim como à linguagem empregada durante a transmissão das informações, para se evitar problemas de interpretação. Estar atento

aos comportamentos cria condições para o estabelecimento de um canal de comunicação eficaz e acolhedor (SOARES; POLEJACK, 2016).

Segundo Previato e Baldissera (2018), a comunicação adequada entre a equipe de saúde, de caráter colaborativo e que conduz a um processo de trabalho participativo, dialógico e modificador, ainda é um desafio para as equipes. Para os autores, no ambiente de trabalho a comunicação entre os profissionais é percebida como um processo de passagem de informações e de avisos, o que descaracteriza uma comunicação efetiva entre a equipe. Realizar a comunicação apenas por meio da passagem de informações é caracterizado como verbalismo, o que impede a reflexão e a ação dialógica.

De acordo com Previato e Baldissera (2018), a forma de conversação que define a comunicação dialógica necessita de um grau mais profundo de relacionamento e nessa perspectiva o diálogo efetivo entre a equipe de saúde torna-se uma dificuldade percebida no processo de comunicação. Segundo os autores, a busca pela produção de relacionamento horizontal entre a equipe, em um processo de construção compartilhada, maximizando-se os conhecimentos e as experiências de cada um, é fundamental para a execução da comunicação eficaz.

É por meio da comunicação enquanto diálogo, com respeito aos saberes distintos de cada profissional, que se institui a reflexão diária dos papéis e a participação de cada profissional no processo de trabalho, sendo as reuniões frequentes entre as equipes, tomada de decisão compartilhada e a educação permanente ocasiões para cultivar a arte de dialogar (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Segundo McKibben (2017), a comunicação, juntamente com a liderança eficaz e uma dinâmica positiva de trabalho, nutrem tomadas de decisão compartilhadas e favorecem o aceite a mudanças.

As questões em que houve maior variação de desempenho foram as de número três e quatro, relacionadas aos aspectos da gestão tradicional, e a de número 10, que tratava sobre os conflitos existentes no cotidiano de trabalho, no modelo de gestão compartilhada. Todas tiveram 16,7% de aumento nos acertos pós-intervenção, o que pode indicar que os participantes conseguiram subsídios importantes para diferenciar os dois modelos.

As características de cada modelo de gestão influenciam as relações no trabalho e estão presentes na realidade diária. De acordo com o modelo de gestão, os profissionais podem encontrar ou não condições para a concretização das suas expectativas em relação ao cotidiano de trabalho, na medida em que as formas de organização desse cotidiano são inspiradas pelo modelo de gestão vigente na organização (LOUREIRO; MENDES; SILVA, 2017).

De acordo com Loureiro, Mendes e Silva (2017), um modelo de gestão fica à mercê de certas características do gestor, de modo que o modelo vigente não rompe essencialmente com o modelo anterior, resguardando continuidades, o que pode gerar confusão por parte dos profissionais em identificar o modelo de gestão em exercício.

Para Aragão *et al.* (2016), falta aos profissionais uma visão do modelo de gestão da instituição onde atuam, sendo que as maiores dificuldades encontradas no cotidiano das unidades são o equilíbrio entre os interesses da instituição e dos profissionais bem como o gerenciamento de conflitos resultantes dos relacionamentos interpessoais.

O gerenciamento de conflitos é uma das competências requeridas pelo gestor que deve se apoiar em conhecimentos para agir de modo mais eficaz em uma determinada situação. No modelo de gestão mais participativo, o gestor promove clima de confiança e satisfação no trabalho, facilitando a comunicação e, consequentemente, o relacionamento interpessoal (ARAGÃO *et al.*, 2016).

A cultura organizacional é reconhecida como fator importante nas práticas de gestão, sendo a cultura de hierarquia dominante nas organizações de saúde, visto que caracteriza um local de trabalho formalizado e estruturado, cujos procedimentos institucionais determinam aquilo que as pessoas devem fazer (TANG, 2017).

No entanto, atualmente os serviços de saúde têm sido afetados pelas reformulações no modelo gerencial propostas pelo SUS, com a adoção de modelos de gestão mais descentralizados, que focam em relações mais cooperativas e menos subordinadas (ARAGÃO *et al.*, 2016).

A metodologia proposta sob investigação quase-experimental traz a oportunidade de maior interação e auxílio para entendimentos, assim como a argumentação entre os membros do grupo, uma vez que buscam a contextualização e a experimentação, sendo possível obter um feedback em tempo real (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2020).

Segundo Moura *et al.* (2020), há uma gama de métodos de ensino propostos pela literatura, sendo que estratégias de ensino-aprendizagem eficazes incorporam competências essenciais aos aprendizes.

Para Nascimento e Oliveira (2020), a vivência em sala de aula a partir da aprendizagem partindo de experiências vividas proporciona ao aprendiz a oportunidade de convivência, o diálogo e a discussão de opiniões, promovendo o aprendizado colaborativo.

O diálogo participativo, solidário e cooperativo, proporciona relação de proximidade entre educadores e educandos, favorecendo a interação entre o grupo, abrindo possibilidade para nova leitura de mundo. O movimento de educar, permeado pelo diálogo, pode tornar o

educador um mediador da reflexão, facilitando o processo ensino-aprendizagem, no qual educador e educando aprendem juntos, implicando na construção conjunta de saberes (VIEIRA *et al.*, 2020).

De acordo com Gagné (1980), as estratégias utilizadas para o ensino-aprendizagem, capazes de estimular os órgãos dos sentidos, são fundamentais para que ocorra aumento do conhecimento cognitivo. Para o autor, o conhecimento é o conjunto de informações organizadas, articuladas por meio de palavras que têm significado e funções úteis para o aprendiz. O conjunto de conhecimentos organizados e relacionados é capaz de proporcionar um veículo para o pensamento. Na medida em que o indivíduo tenta resolver um novo problema, ele pensa em muitas soluções, conduzindo uma investigação entre vários itens de informação disponíveis em sua memória. Esse imenso estoque de informações que os indivíduos possuem oferece possibilidades ilimitadas para a flexibilidade do pensamento.

Para o conhecimento ser válido, precisa ser aplicado a uma série de situações. Quando não é possível realizar uma observação direta sobre o processo de aprendizagem, é necessário realizar inferências sobre esse processo (GAGNÉ, 1980).

Segundo Gagné (1980), a aprendizagem envolve a codificação da informação que possibilita que o indivíduo seja capaz de enunciar o que aprendeu: ele pode dizer, escrever ou representar a informação aprendida na forma de sentença, por meio de imagens ou diagramas.

Dessa forma, baseado no desempenho dos profissionais em relação ao questionário de conhecimento sobre gestão, aplicado antes e após a intervenção educativa, observa-se que a meta de aumento cognitivo a curto prazo foi alcançada ao utilizar as estratégias audiovisuais propostas, capazes de estimular os órgãos dos sentidos dos participantes da pesquisa.

A avaliação da aprendizagem pelos participantes da pesquisa foi feita a partir das respostas do questionário, bem como pela análise dos resultados, possibilitando averiguar que a aprendizagem foi efetiva.

No momento da intervenção educativa, os participantes das cinco UPAs foram unânimes em relatar as dificuldades existentes no processo de comunicação no ambiente de trabalho.

Afirmaram mais uma vez que a comunicação é falha, sendo realizada muitas vezes por cartazes, e-mail, contato telefônico, mensagens via WhatsApp, decretos e comunicados. Relataram também que a comunicação é hierarquizada, sendo mais facilitada com o gestor da unidade por este estar mais próximo da equipe. Reforçaram, contudo, a dificuldade do contato com quem está no topo da escala hierárquica, que também está mais distante do cotidiano vivido pelos profissionais das unidades de saúde.

A comunicação que ocorre por e-mail é caracterizada como um problema, na medida em que nem todos os trabalhadores têm acesso a computadores, posto que para o desempenho das suas funções, o computador não se revela um instrumento de trabalho fundamental. Dessa forma, a maioria dos profissionais não faz uso de e-mail institucional (BRAUN *et al.*, 2019).

Já o WhatsApp, usado como um recurso de comunicação entre os profissionais de saúde, tem algumas vantagens, como facilidade de uso e maior agilidade na transmissão das mensagens. Contudo, a falta de privacidade e de sigilo das informações, as pausas na assistência e a falta de habilidade por parte de alguns profissionais no uso dessa tecnologia são algumas desvantagens apontadas na utilização desse recurso, cabendo ao gestor, identificar as informações pertinentes a serem transmitidas aos profissionais de saúde, no cotidiano do exercício profissional, para a condução de uma comunicação mais efetiva (MOREIRA; SOUSA; TURRINI, 2019).

O comunicado interno é o meio mais utilizado para a comunicação formal, tratando-se de documento oficial que pretende veicular informações que partem do topo da escala hierárquica aos trabalhadores das instituições de saúde, sendo considerado também uma barreira à comunicação efetiva, já que é elaborado com o intuito apenas de transmitir a informação sobre uma conduta já determinada (COUTO; GUTIERREZ, 2021).

Alguns critérios como a idade, a cultura e o estilo de vida devem ser considerados para a elaboração da melhor estratégia de comunicação, sendo que durante a comunicação, a transmissão da mensagem deve preferencialmente acontecer de forma dialógica, proporcionando a interação entre as pessoas, de modo a produzir algum significado (QUAGLIANI; FELT-GUNDERSON, 2017).

Os profissionais entendem que a comunicação ocorre por meio do diálogo na medida em que o gerente da unidade traz pessoalmente a informação sobre alguma decisão já tomada pela Secretaria de Saúde dos municípios. Porém, esse tipo de comunicação não se trata de comunicação dialógica, haja vista que é informativa, que tem por característica dar ciência aos trabalhadores sobre decisão tomada em outras instâncias.

De acordo com Siebeneichler (2018), a comunicação se difere da mera transmissão de informação, tendo em vista que por meio da comunicação, o ser humano é capaz de dar origem aos discursos e criar argumentos. Para o autor, as pessoas não querem apenas informação, mas também se ver, se ouvir e participar.

Algumas ferramentas de comunicação se fazem necessárias para ampliar a divulgação de mensagens, como cartas, cartazes e mensagens veiculadas pelos meios de comunicação

eletrônicos, mas estas não devem ser as únicas formas de comunicação a serem utilizadas nas instituições de saúde (QUAGLIANI; FELT-GUNDERSON, 2017).

O diálogo nas unidades de saúde se faz importante, dá sentido às mensagens a serem divulgadas e deve acontecer com o propósito de atingir os objetivos das ações de saúde frente à população (BRAUN *et al.*, 2019).

É por meio do diálogo que ocorre o olho no olho, a escuta, a comprovação do entendimento da mensagem e a discussão saudável de informações pertinentes, para que se obtenha qualidade nas ações e resultados positivos, especialmente no setor saúde (BRAUN *et al.*, 2019).

O trabalho em saúde é considerado complexo e ao mesmo tempo impulsionador de transformações, sendo a comunicação efetiva considerada ponto-chave ao sucesso das ações de saúde (COUTO; GUTIERREZ, 2021).

A comunicação eficaz representa um desafio permanente e exige análise contínua, considerando-se os princípios, os costumes, as crenças e as vivências compartilhadas pelos gestores e pelos profissionais de saúde (COUTO; GUTIERREZ, 2021).

Ao final do segundo dia de encontro, os participantes foram convidados a avaliar a atividade educativa. Importante ressaltar que todos avaliaram de forma positiva, relatando que a intervenção educativa foi satisfatória, proveitosa, construtiva, produtiva, extremamente educativa e que tiveram excelente oportunidade de adquirir aprendizado e maior conhecimento sobre gestão, além de possibilitar trocas de experiências. Reforçaram que se tratou de incentivo para toda a equipe em relação ao aprimoramento profissional.

Relataram ainda que foi um momento de grande importância e de reflexão que possibilitou repensar algumas maneiras de como agir no cotidiano da instituição, no sentido de melhorar a comunicação e as relações de trabalho. A referida atividade proporcionou repensar melhorias na forma de gerenciar a unidade de saúde, de modo que os profissionais e usuários possam estar satisfeitos com o atendimento oferecido e dessa maneira ensejar uma visão melhor do trabalho em equipe.

Dentre as justificativas dos participantes da intervenção educativa, destacam-se os seguintes relatos:

Ótimo curso! Obtive um ótimo aprendizado.

O curso foi de grande importância, pois nos permitiu conhecer o modelo de gestão compartilhada e com isso podemos buscar melhorias no trabalho em equipe.

O curso foi muito bom, adorei.

A apresentação foi bem elaborada, dinâmica e participativa. Uma linguagem de fácil compreensão demonstrando conhecimento sobre o assunto apresentado.

Muito bom o curso, passa informações importantes sobre comunicação e a importância da participação de todos os níveis de tomada de decisão que interferem diretamente no grupo de trabalho promovendo melhoria e bons ajustes.

Bom aprendizado, vai ser útil para o nosso cotidiano não só no trabalho, mas fora dele também.

Na minha opinião como um primeiro passo para mudanças, achei muito importante este curso. Traz luz para algumas questões importantes. Achei o conteúdo muito bom, espero que haja outras versões futuramente.

A didática utilizada, os recursos audiovisuais, a dinâmica das palestrantes, os espaços para discussão de casos compartilhando as experiências, o desenvolvimento das atividades e o feedback foram muito bem abordados e superou minhas expectativas.

Ótimo! Aprendi muito!

Foi bom! Gostei! A semente foi plantada. Vai germinar! Muito obrigada. Vocês são ótimas. Continuem assim!

Produtivo. Conhecimento, aprendizagem e aprimoramento profissional para toda a equipe.

Produtivo, foi possível esclarecer situações que ocorrem nas unidades.

Foram dois dias de grande aprendizado, curso com várias dinâmicas, tornando momentos agradáveis.

O curso foi de extrema importância para o aprimoramento profissional e nos deu recursos para buscar melhorias, onde profissionais e usuários estejam satisfeitos com o atendimento.

Achei proveitoso, troca de experiências e conhecimentos novos, esperamos que aconteça novos encontros.

Eu achei que foi extremamente produtivo. Eu tinha uma noção de gestão, mas aquela gestão genérica. E com o modelo que foi apresentado eu fiquei mais interessado na gestão compartilhada. É interessante você dar poder para todo mundo ao invés de concentrar em uma pessoa e fazer dela um Deus. Achei muito interessante.

Eu achei muito interessante o assunto. Para o nosso município seria muito interessante esse tipo de gestão compartilhada.

Excelente oportunidade de adquirir conhecimentos e trocar experiências. Tornou possível clarear dúvidas e repensar em algumas maneiras de agir com a equipe.

Por meio dos relatos foi possível perceber a satisfação positiva em relação à intervenção educativa.

Para Costa *et al.* (2020), a satisfação refere-se a um contentamento decorrente do desfecho de um evento e das expectativas das pessoas em relação a elas mesmas. É uma reação afetiva alcançada em relação a um serviço e pode ser considerada importante componente de reforço positivo nas experiências que delinearão o perfil do aprendiz.

É um contentamento, um sentimento de prazer advindo do que se espera. A satisfação gira em torno de experimentar diferentes realidades, sendo que a satisfação com a aprendizagem pode ser influenciada por métodos de ensino, pela forma como o professor orienta a aprendizagem e pela motivação do aprendiz (COSTA *et al.*, 2020).

Para tanto, é fundamental que o professor conheça diversas formas de ensinar e de aprender, de compartilhar – conforme os objetivos da aprendizagem – o conhecimento que detém e de apoiar o aprendiz, estimulando-o a ir além (COSTA *et al.*, 2020).

Segundo Lyra *et al.* (2016), há uma relação significativa entre satisfação e retenção de conhecimento, uma vez que satisfações positivas resultam em maior retenção do saber. Para a autora, a satisfação é o fator mais influente no aprendizado.

De acordo com Nagy (2018), a satisfação com o conhecimento exprime a compreensão da pessoa diante da obtenção das suas expectativas, logo, assuntos relativos à habilidade do professor, à utilização de técnicas de ensino apropriadas e à didática atualizada são percebidas como maiores promotoras da satisfação no aprendizado dos indivíduos.

Os níveis de satisfação estão relacionados tanto às experiências dos aprendizes e às suas relações com os professores, como também ao método de aprendizagem que irá proporcionar um aumento na troca de informações (NAGY, 2018).

Para Bergamasco, Murakami e Cruz (2018), na medida em que o aprendiz se mobiliza com o conhecimento adquirido, sua satisfação favorece um bom aprendizado. Nesse sentido, conhecer a satisfação dos aprendizes em relação à aprendizagem é um retorno para o professor sobre o seu trabalho, ao proporcionar-lhe elementos para aprimorar sua técnica.

Dessa maneira, observa-se que o momento da intervenção educativa se tornou um espaço de grande aprendizagem, valorizado por todos que participaram da ação educativa.

7 Limitações do Estudo

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma limitação deste estudo está relacionada ao número de participantes de cada categoria ocupacional. O número de gestores que participaram deste estudo é consideravelmente menor em relação ao número de trabalhadores, visto que o gestor é responsável pela gestão de toda a Secretaria da Saúde, o que pode dificultar a interpretação dos resultados da pesquisa.

A coleta de dados qualitativos por meio de questionário pode não ter possibilitado uma compreensão mais aprofundada do objeto de estudo, que seria possível, por exemplo, a partir de entrevistas, o que também pode ser considerada uma limitação da pesquisa.

Outra limitação foi a reduzida adesão à intervenção educativa, haja vista que houve um número de participantes menor do que da primeira fase. A dificuldade com a participação dos profissionais durante a realização da intervenção educativa, justificada pela escassez de recursos humanos nas UPAs, reflete um obstáculo relacionado ao aprendizado no trabalho, o que acaba por manter os profissionais absortos na assistência à saúde, relegando a segundo plano os aspectos referentes aos processos educativos, culminando no comprometimento da qualificação do atendimento prestado à população.

Vale salientar novamente, que a diferença entre o número de acertos, na avaliação da intervenção educativa, se dá em relação ao desenvolvimento cognitivo, ou seja, não há garantia de que os participantes da intervenção educativa colocarão em prática o conhecimento adquirido durante a atividade educativa, uma vez que não foi objeto da presente pesquisa. Portanto, constitui-se em um próximo passo para futuras investigações nessa temática.

8 Considerações Finais

8 CONSIDERAÇÃOES FINAIS

Por meio deste estudo foi possível observar que os gestores e os trabalhadores têm visão destoante sobre o modelo de gestão adotado nas instituições de saúde. Enquanto os gestores afirmam que modelos de gestão mais participativos estão sendo implantados, os trabalhadores não parecem reconhecer, nas suas atividades diárias, princípios determinantes para sua caracterização.

Os pressupostos do modelo de gestão compartilhada englobam concepções valiosas, como a comunicação dialógica, a descentralização do poder e maior autonomia para a tomada de decisões. Contudo, ao analisar a opinião da maior parte dos trabalhadores que participaram deste estudo, observa-se que o modelo hierarquizado ainda é muito utilizado no cotidiano das instituições.

Quando ocorre a descentralização do poder e da autoridade e é garantida aos trabalhadores autonomia para tomar decisões, há maior envolvimento e comprometimento com a qualidade da assistência prestada, na medida em que os trabalhadores sentem que o conhecimento que possuem da dinâmica no cotidiano do trabalho é valorizado e conseguem dialogar com o gestor por meio de uma comunicação mais aberta.

Para se comunicarem, os profissionais têm utilizado mensagens via comunicado interno e telefone. No entanto, é fundamental o aumento do uso da comunicação verbal, realizada face a face, por ser a melhor maneira de trocar ideias e perceber a motivação das pessoas.

Os ambientes das reuniões são considerados também favoráveis para estabelecer uma comunicação adequada, muito embora devam acontecer com a finalidade de escutar os participantes e aceitar as opiniões, sendo para tanto importante a participação de todos, inclusive dos profissionais que trabalham nos fins de semana e no turno da noite.

Destaca-se a comunicação como grande entrave levantado pelos trabalhadores, sabendo-se que uma das chaves para o modelo de gestão contemporâneo é a comunicação de todos os membros e compartilhamento da tomada de decisão. Por meio das respostas dos trabalhadores, depreende-se que esse modelo não está completamente implantado nas instituições analisadas.

O modelo de gestão das organizações de saúde ainda é ordenado pelos princípios de uma administração mais tradicional e verticalizada e tem impacto direto na satisfação dos profissionais no dia a dia do trabalho, conforme revelado pelo estudo.

Nesse sentido, torna-se essencial o conhecimento e o envolvimento dos gestores na implantação do modelo de gestão contemporâneo, de maneira a contemplar as políticas do

próprio SUS, bem como valorizar a participação de todos os profissionais na busca de melhor atendimento ao usuário dos serviços de saúde.

A mudança de um modelo de gestão tradicional para um modelo de gestão mais compartilhado está relacionada às crenças e aos valores que representam as instituições de saúde, o que torna mais difícil essa modificação. Implementar um modelo de gestão mais participativo leva tempo e requer esforço e dedicação; significa uma mudança de crenças e de comportamentos arraigados, voltados para um modelo hierarquizado que já não responde às expectativas dos trabalhadores da área da saúde, pautado na Abordagem Clássica da Administração.

Todas as dificuldades enfrentadas em relação ao modelo de gestão adotado pelas instituições de saúde que participaram desta pesquisa estão diretamente relacionadas ao referencial teórico e às quatro classificações propostas.

Muitos acontecimentos estão relacionados à estrutura, aos símbolos, aos recursos humanos ou a questões políticas, sendo que os temas mais complicados de serem modificados estão associados ao quadro simbólico, uma vez que se refere ao modo como o indivíduo dá significado para as coisas. As pessoas têm suas próprias crenças, o que demanda grande esforço em aceitar alguns processos de mudança.

Nesse cenário, muito trabalho e muitas tentativas devem ser realizadas nessa direção, para que os profissionais possam superar as dificuldades enfrentadas e assim ocorrerem mudanças.

Os resultados desta pesquisa devem proporcionar mudanças na prática profissional da equipe interdisciplinar, especialmente nos municípios participantes, uma vez que poderão perceber o dissenso entre a percepção e a ação do gestor e, mais importante, trabalhar em prol da modificação dessa realidade, de modo que a gestão compartilhada realmente faça parte do cotidiano nas instituições de saúde. Entende-se que a adoção de modelos de gestão mais participativos deve levar ao aumento da qualidade nos serviços de saúde, beneficiando não somente profissionais, como pacientes, família e comunidade.

Da mesma forma, o referencial teórico escolhido pode fornecer ferramentas concretas para as análises e planejamentos necessários para a efetivação dessa mudança.

Espera-se que o conhecimento adquirido durante a intervenção educativa, somado ao conhecimento anterior dos participantes da pesquisa, possam ser disseminados e gerar modificações necessárias que contribuam com a melhoria das relações no ambiente de trabalho e, consequentemente, no atendimento ao usuário do sistema de saúde.

Dessa forma, conclui-se que estudos futuros se fazem necessários para avaliar o resultado de um processo de ensino-aprendizagem a longo prazo, bem como a influência desse processo na mudança de comportamento dos profissionais de saúde e, por conseguinte, nos resultados que reverberam na instituição, no paciente e na comunidade.

Referências[1]

[1] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

REFERÊNCIAS

ABUBAKAR, A. M. *et al*. Knowledge management, decision-making style and organizational performance. **Journal of Innovation & Knowledge**, Amsterdam, v. 4, p. 104–114, 2019.

ALMEIDA, M. C. S.; BAPTISTA, P. C. P. **Gestão de pessoas e comportamento organizacional em instituições de saúde**. São Paulo: Senac, 2017.

ANDRADE, D. F. **Gestão pela qualidade**. Belo Horizonte: Poison, 2018.

ANDREASSON, J.; ERIKSSON, A.; DELLVE, L. Health care managers' view on and approaches to implementing models for improving care processes. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 24, p. 219–227, 2016.

ANTIERENS, A. *et al*. How much of Toyota's philosophy is embedded in healthcare at the organizational level? A review. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 26, n. 4. p. 348-357, 2018.

ANZENGRUBER, J. *et al*. Effectiveness of managerial capabilities at different hierarchical levels. **Journal of Managerial Psychology**, Bingley, v. 32, n. 2, p. 134-148, 2017.

ARAGÃO, O. C. *et al*. Nurses' competences in hospital management. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 66-74, 2016.

ARENDT, H. **Origens do totalitarismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

BARRETO, J. M. **Introdução à administração**. Salvador: UFBA, 2017.

BASTA, Y. L. *et al*. The value of multidisciplinary team meetings for patients with gastrointestinal malignancies: a systematic review. **Annals of Surgical Oncology**, New York, v. 24, p. 2669–2678, 2017.

BATISTA, S. R. *et al*. O complexo regulador em saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2043-2052, 2019.

BELTRAMINI, H. P. B. C. L. **Processos de regulação de consultas eletivas**: modelagem organizacional de um Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo. 2018. 113 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2018.

BERGAMASCO, E. C.; MURAKAMI, B. M.; CRUZ, D. A. L. M. Use of the student satisfaction and self-confidence in learning (SSSCL) and the simulation design scale (SDS) in nursing teaching: experience report. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, 2018.

BERNARDES, A. Contemporary perspectives on leadership and management in nursing. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. 1-2, 2018.

BERNARDES, A. *et al*. Implementation of a participatory management model: analysis from a political perspective. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 23, p. 888–897, 2015.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de amostragem**. São Paulo: Blucher, 2005.

BOLMAN, L. G.; DEAL, T. E. **Reframing organizations**: artistry, choice, and leadership. 6th ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http:// www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf. Acesso em: 7 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual**: orientações para organização e funcionamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www. planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzA0Ng%2C%2C&C=MzA0Ng%2C%2C. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016**. Brasília, DF, 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8901.htm. Acesso em: 8 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas**: elaboração de estudos para avaliação de equipamentos médico-assistenciais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_estudos.pdf. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASL. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. **Diretrizes para regulação da urgência e emergência – RRAS6**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/regulacao-da-urgencia-e-emergencia-rras-6-sao-paulo/delib_51_16.pdf. Acesso em: 31 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Educação permanente em saúde**: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituinte.pdf. Acesso em: 6 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gestão da atenção básica**: ações da gestão para qualificação das equipes. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Institucional**. 2019b. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/institucional. Acesso em: 28 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Lei nº 8080:** 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). 2020b. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus/. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Manual Técnico 2018**: programa para o fortalecimento das práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS – PRO EPS-SUS. 2018. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/28/Manual-Tecnico-PRO-EPS-SUS-MINUTA17-10.pdf. Acesso em: 6 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão**: garantindo saúde para todos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS - Participa SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS**. 2017a. Disponível em: http://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus. Acesso em: 19 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 31 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 17 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 31 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005**. Institui Comissão para elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (2ª Região). **Processo nº 2004.51.01.001910-0**. Administrativo. Técnico de enfermagem. Habilitação para exercer a função de auxiliar de enfermagem. Nulidade do ato de desclassificação do concurso. Indenização retroativa indevida. Relator: Desembargador Federal Castro Aguiar, 16 de junho de 2010. Rio de Janeiro: Tribunal Regional Federal, 2010.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (4ª Região). **Processo nº 5015589-47.2014.404.7100**. Execução fiscal. Conselho profissional. Cobrança dupla de anuidades. Auxiliar e técnico em enfermagem. Impossibilidade. Relator: Desembargador Federal Joel Ilan Paciornik, 27 de janeiro de 2016. Porto Alegre: Tribunal Regional Federal, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de gestão 2018**. 2019a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2018.pdf. Acesso em: 8 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. 2020a. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em: 19 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SOMASUS na alocação de recursos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://antigo.saude.gov.br/gestao-do-sus/economia-da-saude/alocacao-de-recursos/somasus. Acesso em: 19 jun. 2021.

BRAUN, S. *et al*. Emails from the boss—curse or blessing? Relations between communication channels, leader evaluation, and employees' attitudes. **International Journal of Business Communication**, New York, v. 56, n. 1, p. 50–81, 2019.

CALLEFI, J. S.; CRUBELLATE, J. M. Toyota production system and communicative institutional is mand organizational culture. **Journal of Management and Technology**, Pedro Leopoldo, v. 20, n. 1. p. 209-229, 2020.

CARDOSO, J. R.; OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Democratic management and institutional support in primary care in the Federal District, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 1-13, 2016.

CASTRO, A. B. **Processo decisório da gestão e as repercussões para trabalhadores de instituição pública de saúde**. 2017. 53 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017a.

CASTRO, L. G. La comunicación de riesgo em salud: aspectos teóricos y metodológicos para el control de emergencias públicas sanitárias. **Medisan**, Santiago de Cuba, v. 21, n. 12, 2017b.

CHIARIONI, B.; BIEGING, P. **Horizontes midiáticos**: aspectos da comunicação na era digital. São Paulo: Pimenta Cultural, 2016.

CHIZOBA, N. *et al.* Impact of participatory decision making on organisational goal attainment. **International Journal of Business, Economics and Management**, Pompano Beach, v. 5, n. 1, p. 1-15, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 26 mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html. Acesso em: 26 mar. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Legislação dos Profissionais de Enfermagem**. Plenário 2018-2020. 2020. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/C%C3%B3digo-de-%C3%89tica-dos-profissionais-de-Enfermagem.pdf. Acesso em: 26 mar. 2020.

CORÔA, R. C. Flexible accumulation and management paradigm: the impacts on qualification of nurse technician in the 2000. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 155-174, 2016. Supl. 1.

COSTA, R. R. O. *et al*. Satisfaction and self-confidence in the learning of nursing students: randomized clinical trial. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 1-9, 2020.

COUTO, M. P.; GUTIERREZ, B. A. O. Estratégias de comunicação no trabalho de enfermagem: abordagem ergológica. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 24, n. 29, p. 281-296, 2021.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CROZIER, M. **The bureaucratic phenomenon**. New York: Routledge, 2017.

CUMMINGS, G. G. *et al*. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 85, p. 19–60, 2018.

DEARING, J. W. *et al.* Pathways for best practice diffusion: the structure of informal relationships in Canada's long-term care sector. **Implementation Science**, Basingstoke, v. 12, n.11, 2017.

DEUS, A. D.; MELO, E. M. Evaluation of a participatory hospital management experience in the National Health Service SUS: production of health, individual and collective. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 601-615, 2015.

DIAS, B. C. **A mulher na saúde**: visão de cinco pesquisadoras. 2015. Disponível em: https://pensesus.fiocruz.br/mulher-na-saude-visoes-de-cinco-pesquisadoras. Acesso em: 25 mar. 2020.

DOORENBOS, A. Z. Mixed methods in nursing research: an overview and practical examples. **Kango Kenkyu**, Tokyo, v. 3, n. 4, p. 207-217, 2014.

DUBIN, R. **The world of work**: industrial society and a human relations. New York: Routledge, 2017.

EIDELWEIN, C.; PAULON, S. M. Support technology and democratization in the management of the Brazilian National Health System: reverberations of institutional analysis in the collective health scope. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 518-540, 2017.

FALLMAN, S. L.; JUTENGREN, G.; DELLVE, L. The impact of restricted decision-making autonomy on health care managers' health and work performance. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 27, p. 706–714, 2019.

FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.; AGUIAR, R. A. T. Gestão colegiada: conceitos e pressupostos para o alcance da alta responsabilidade organizacional. **Saúde Digital**, [*s. l.*], n. 22, 2003.

FETTERS, M. D.; CURRY, L. A.; CRESWELL, J. W. Achieving integration in mixed methods designs - principles and practices. **Health Services Research**, Malden, v. 48, n. 6, 2013.

FISCHBORN, A. F.; CADONÁ, M. A. Work and autonomy of health workers: considerations about theoretical and methodological assumptions of health work analysis. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 227-237, 2018.

FLEXA, R. Decision making process in health systems: a literature review. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 729-739, 2018.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

GAGNÉ, R. M. **Como se realiza a aprendizagem**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1980.

GARBARINO, S.; HOLLAND, J. **Quantitative and qualitative methods in impact evaluation and measuring results**. Birmingham: GSDRC: University of Birmingham, 2009.

GHARAVEIS, A. *et al*. The influence of visibility on staff face-to-face communication and efficiency in emergency departments. **Facilities**, Bingley, v. 37, n. 5/6, p. 352-363, 2019.

GIANFREDI, V. *et al*. Leadership in Public Health: opportunities for young generations within scientific associations and the experience of the "Academy of Young Leadears". **Frontiers in Public Health**, Lausanne, v. 17, 2019.

GONÇALVES, M. R. C. B.; SPIRI, W. C.; ORTOLAN, E. V. P. Compreensão dos enfermeiros gerentes sobre o processo de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 336-342, 2016.

GRIZZO, D. C. **Caracterização da Rede de Atenção às Urgências (RAU) a partir da Central de Regulação Médica e indicadores de regulação médica de urgência**: estudo sobre a realidade e as necessidades de um município brasileiro. 2018. 72 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações de Saúde) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

GUNKEL, D. J. Comunicação e inteligência artificial: novos desafios e oportunidades para a pesquisa em comunicação. **Galáxia (São Paulo)**, São Paulo, n. 34, p. 5-19, 2017.

GUTIERREZ, G. L.; ALMEIDA, M. A B. Teoria da ação comunicativa (Habermas): estrutura, fundamentos e implicações do modelo. **Veritas**, Porto Alegre, v. 58, n 1, p. 151-173, 2013.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. São Paulo: Roca, 2004.

HAYASHIDA, K. Y. *et al*. A liderança coaching exercida pelos enfermeiros no contexto hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24, 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59789. Acesso em: 26 jan. 2020.

HELLMANN, A.; ANG, L.; SOOD, S. Towards a conceptual framework for analysing impression management during face-to-face communication. **Journal of Behavioral and Experimental Finance**, Amsterdam, v. 25, 2020.

HENRIQUES, M. S. **Comunicação e estratégias de mobilização social**. 3. ed. São Paulo: Autêntica, 2017.

HERFELD, C. From theories of human behavior to rules of rational choice: tracing a normative turn at the cowles commission, 1943–54. **History of Political Economy**, Durham, v. 50, n. 1, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/todos-os-produtos-estatisticas/9336-indicadores-sociodemograficos-e-de-saude-no-brasil.html?=&t=o-que-e. Acesso em: 12 abr. 2020.

JOHNSON, B.; CHRISTENSEN, L. **Educational research**: quantitative, qualitative and mixed approaches. 7th ed. Thousand Oaks: Sage, 2019.

JOKINEN, K.; WILCOCK, G. **Dialogues with social robots.** Springer: Alemanha, 2017.

KANTORSKI, L. P.; CARDANO, M. Open dialogue: the finnish experience and its contributions. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 23-32, 2017.

KATZ, B. S.; ROBBINS, R. E. **Modern economic classics-evaluations through time**. Abingdon: Routledge, 2017.

KEKKONEN, P. *et al*. Rational and participative task allocation between the nursing staff and the logistics support service provider in healthcare. **Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Services Industries**, Hoboken, v. 28, p. 117–129, 2018.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S.; CUMMINGS, G. Nurse leadership practices in primary health care: a grounded theory. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 4, 2016.

LEAL, L. A. *et al*. Health care models and their relationship with hospital nursing management. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, 2019.

LEAL, L. A. *et al*. Clinical and management skills for hospital nurses: perspective of nursing university students. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, p. 1605-1612, 2018.

LEE, C. T.; DORAN, D. M. The role of interpersonal communication and patient safety: a proposed model of interpersonal process in teamwork. **Canadian Journal of Nursing Research**, Thousand Oaks, v. 49, n. 2, p. 75-93, 2017.

LEE, K. R.; KIM, E. J. Relationship between Interprofessional Communication and Team Task Performance. **Clinical Simulation in Nursing**, Amsterdam, v. 43, p. 44-50, 2020.

LEFEVRE, A. M. C. *et al*. Assistência pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 35-47, 2002.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Porto Alegre: EDUCS, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 517-524, 2006.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social**: um enfoque qualiquantitativo. 2. ed. Brasília, DF: Liber Livro, 2012.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. C. Discourse of the collective subject, complexity and self-organization. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009.

LIMA, E. C. *et al*. Critical incidentes connected to nurses' leadership in intensive care units. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 70, n. 5. p. 1018-1025, 2017.

LIMA, E. F. A. *et al*. Social and professional profile of family healthcare team members. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2016.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing research**: methods, and critical appraisal for evidence-based practice. 9th ed. St. Louis: Elsevier, 2017.

LOBO, N. R. **Gestão da qualidade**. 2 ed. São Paulo: Érica, 2020.

LOPES, A. S. Inversão do organograma: uma poderosa ferramenta para melhoria da tomada de decisões organizacionais. **Revista Valore**, Volta Redonda, v. 4, p. 306-316, 2019. Edição especial.

LOUREIRO, T.; MENDES, G. H. S.; SILVA, E. P. Modelos de gestão e o sofrimento de servidores assistentes em administração. **Revista Psicologia**: organizações e trabalho, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 97-105, 2017.

LYRA, K. T. *et al*. Infográficos versus materiais de aprendizagem tradicionais: uma investigação empírica. **Renote**: novas tecnologias na educação, Porto Alegre, v. 14, n. 2, 2016.

MACHADO, M. H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil — 1970/80. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 449-465, 1986.

MARINHO, M. L. C. Speech of the collective subject: an approach to social qualiquantitative research. **Revista de Investigaciones en Intervención Social**, Granada, v. 5, n. 8, p. 90-115, 2015.

MARTINO, L. M. S. **Teoria da comunicação**: ideias, conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Vozes, 2017.

MCGIVERN, G. *et al*. The silent politics of temporal work: a case study of a management consultancy project to redesign public health care. **Organization Studies**, New York, v. 39, n. 8, p. 1007–1030, 2018.

MCKIBBEN, L. Conflict management: importance and implications. **Britsh Journal of Nursing**, London, v. 26, n. 2, p. 100-103, 2017.

MCKNIGHT, H.; MOORE, S. M. **Nursing shared governance**. Treasure Island: StatPearls, 2020.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Operative groups in Primary Health Care as a discussion and education practice: a review. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 124-130, 2016.

MESQUITA, A. C. *et al*. Social networks in nursing work processes: an integrative literature review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, 2017.

MICHAELIS. **Dicionário brasileiro da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2020.

MONTGOMERY, D. C. **Introduction to statistical quality control**. 8th ed. New Jersey: Wiley, 2020.

MOREIRA, A. M. R.; SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Electronic communication between health professionals in patient assistance: integrative review. **Revista Sobecc**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 99-106, 2019.

MOREIRA, K. S. *et al*. Educação permanente e qualificação profissional para atenção básica. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 101-109, 2017.

MORLEY, L.; CASHELL, A. Collaboration in health care. **Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences**, New York, v. 48, p. 207-216, 2017.

MOSCON, D. C. B.; RODRÍGUEZ, V. B. C.; MOREIRA, G. A. Communicate with health: a study of internal communication in a public hospital. **C&S**, São Bernardo do Campo, v. 39, n. 2, p. 209-236, 2017.

MOURA, A. A. *et al*. Leadership and nursing work satisfaction: an integrative review. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 442-450, 2017.

MOURA, A. C. A. *et al*. Teaching-Learning Strategies for humanistic, critical, reflective and ethical undergraduate medical training: a systematic review. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 44, n. 3, 2020.

MURAD, I.; LOURENÇO, C. D. S; NASCIMENTO, A. P. Poder e conflito nas organizações: o caso de uma empresa familiar do setor de construção civil. **RAEP Administração**: ensino e pesquisa, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 125-152, 2017.

NAGY, J. T. Evaluation of online video usage and learning satisfaction: an extension of the technology acceptance model. **IRRODL**, Athabasca, v. 19, n. 1, 2018.

NARDI, A. C. F. *et al*. Health communication: a study of the profile and structure of municipal communication advisory services in 2014-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 2, 2018.

NASCIMENTO, C. B. C.; OLIVEIRA, A. L. The Active methodology of peer instruction associated with video analysis of kinematics experiences as an introduction to teaching function. **Revista Brasileira de Ensino de Física**, São Paulo, v. 42, 2020.

NEIS, D. F.; PEREIRA, M. F.; MACCARI, E. A. Processo de planejamento estratégico e estrutura organizacional: impactos, confluências e semelhanças. **Brazilian Business Review**, Vitória, v. 14, n. 5, p. 479-492, 2017.

NICOTERA, A. M. **Origins and traditions of organizational communication**. New York: Routledge, 2020.

NUNES, E. F. P. A. *et al*. Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 573-584, 2016.

OHNO, T. **O Sistema Toyota de Produção - além da produção em larga escala**. Porto Alegre: Bookman, 1997.

OLIVEIRA, J. L. C.; MAGALHÃES, A. M. M.; MATSUDA, L. M. Métodos Mistos na pesquisa em Enfermagem: possibilidades de aplicação à luz de Creswell. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. 1-8, 2018.

OLIVEIRA, C. *et al*. Leadership in the perspective of Family Health Strategy nurses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, 2020.

OLIVEIRA, I.; VOUGUINHA, M. Comunicação e administração: dois campos que dialogam no ambiente organizacional. **Novos Olhares**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 97-108, 2019.

OLIVEIRA, R. F. **Dimensões possíveis para o diálogo na comunicação estratégica**: tecituras e religações entre o relatório de sustentabilidade e as mídias sociais da Vale. 2016. 200 f. Tese (Doutorado em Comunicação Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

OMURA, M.; STONE, T. E.; LEVETT-JONES, T. Cultural factors influencing japanese nurse´s assertive communication: part 2- hierarchy and power. **Nursing & Health Sciences**, Carlton, v. 20, n. 2, 2018.

PEITER, C. C.; CAMINHA, M. E. P.; OLIVEIRA, W. F. O. Managers' profile in Primary Health Care: an integrative review. **Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 165-173, 2017.

PENEDO, R. M.; GONÇALO, C. S.; QUELUS, D. P. Shared management: perceptions of professionals in the family health context. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, 2019.

PÉREZ, A. M. S. *et al*. Comunicación organizacional como dimensión necesaria para medir el clima em las organizaciones em salud pública. **Horizonte Sanitário**, Tabasco, v. 16, n. 1, 2017.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. N. Decentralization of health management: the path traveled to date, problematic points and prospects. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, 2016.

PIOLA, S. F. Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, distrito federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012. **Texto Para Discussão**, Brasília, DF, n. 2298, 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 9. ed. São Paulo: Artmed, 2019.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1535-1547, 2018. Supl. 2.

QUAGLIANI, D.; FELT-GUNDERSON, P. Closing America's fiber intake gap: communication strategies from a food and fiber summit. **American Journal of Lifestyle Medicine**, Thousand Oaks, v. 11, n. 1, 2017.

RAHBI, D. A.; KHALID, K.; KHAN, M. The effects of leadership styles on team motivation. **Academy of Strategic Management Journal**, London, v.16, n. 2, 2017.

RIBEIRO, D. A. *et al*. Teorias de administração nas instituições de saúde. **Revista UNINGÁ**, Maringá, v. 56, n. 2, p. 50-61, abr./jun. 2019.

RODRIGUES, L. G.; SANTOS, T. V. C. Condições sensíveis à atenção primária na unidade de pronto atendimento de Manhuaçu/MG: impacto no serviço de saúde pública e fatores

predisponentes. *In*: SEMINÁRIO CIENTÍFICO UNIFACIG, 2019, Munhuaçu. **Anais** […]. Munhuaçu: UNIFACIG, 2019.

RUBEN, B. D; GIGLIOTTI, R. A. Communication: sine qua non of organizational leadership theory and practice. **International Journal of Business Communication**, New York, v. 54, n. 1, p. 12-30, 2017.

SALINAS, M. M. B. La Universidad Estatal de Milagro vista desde el enfoque de la teoria clásica de la administración. **Conrado**, Cienfuegos, v. 15, n. 66, 2019.

SANTOS, E. O. *et al*. Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 606-613, 2017b.

SANTOS, M. C. *et al.* Processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): importância da qualificação profissional. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 60-69, 2017a.

SÃO PAULO (Estado). Assembleia Legislativa. **Decreto nº51433, de 28 de dezembro de 2006.** Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. São Paulo: Assembleia Legislativa, 2006. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2006/decreto-51433-28.12.2006.html. Acesso em: 23 jun. 2016.

SHAFFER, P. **Q-squared combining qualitative and quantitative approaches in poverty analysis**. Oxford: Oxford University Press, 2013.

SHANNON, G. *et al*. Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: an exploratory analysis. **Human Resources for Health**, Basingstoke, v. 17, n. 72, p. 1-16, 2019.

SIEBENEICHLER, F. B. Razão comunicativa e técnicas de comunicação e informação em rede. **Logeion**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 49-66, 2018.

SILVA, A. O. *et al*. The importance of clinical engineer in the hospital environment. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, v. 6, n. 10, p. 83579-83585, 2020.

SILVA, A. Q. **Diagnóstico, política e programa de qualidade de vida no trabalho em uma instituição pública brasileira**: a percepção dos trabalhadores como premissa para mudanças no contexto organizacional. 2016. 146 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2016.

SILVA, I. S.; ARANTES, C. I. S. Power relations in the family health team: focus on nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 70, n. 3, p. 607-615, 2017. Disponível em: scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0580.pdf.Portuguese. Acesso em: 28 mar. 2021.

SILVA, K. L.; MATOS, J. A. V.; FRANÇA, B. D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017.

SILVA, L. A. A. *et al*. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, 2017.

SILVA, P. L.; NUNES, S. C.; ANDRADE, D. F. Managers' leadership style and the commitment of their team members: associating concepts in search of possible relations. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v. 21 n. 2, p. 291-311, 2019.

SILVA, R. K. V; BARBOSA, A. F. B. Gestão da Qualidade: os principais marcos e como influenciaram as empresas. **Revista de Engenharia e Pesquisa Aplicada**, Recife, v. 1, n. 1, p. 61-68, 2016.

SILVEIRA FILHO, R. M. *et al*. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, 2016.

SOARES, L. S. B.; POLEJACK, L. Health communication: perception of users in an oncology service. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 30-37, 2016.

SPIERS, J. A. *et al*. Nurse leader´s perceptions of influence of organizational restructuring on evidence-informed decision-making. **Nursing Leadership**, Toronto, v. 29, n. 2, p. 64 – 81, 2016.

STRECK, D. R.; PITANO, S. C.; MORETTI, C. Z. Educar pela participação, democratizar o poder: o legado freireano na gestão pública. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 33, 2017.

SUGANO, J. J. **Gestão da cadeia de suprimentos no mercado brasileiro**: o caso Honda e Toyota. 2019. 135 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2019.

SUSSER, D.; ROESSLER, B.; NISSENBAUM, H. Technology, autonomy, and manipulation. **Internet Policy Review,** v. 8, n. 2, p. 1-22, 2019. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3420747. Acesso em: 18 ago. 2021.

TANG, H. A study of the effect of knowledge management on organizational culture and organizational effectiveness in medicine and health sciences. **Journal of Mathematics Science and Technology Education**, Eastbourne, v. 13, n. 6, p. 1831-1845, 2017.

TARTAGLIA, A. *et al*. Communication, destructive behaviors and patient safety. **Revista Sobecc**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 226-230, 2018.

THE JOINT COMMISSION. Patient Safety Advisory Group. Inadequate hand-off communication. **Sentinel Event Alert**, Oakbrook Terrace, n. 58, p. 1-6, 2017.

TOMA, S. G.; NARUO, S. Total quality management and business excellence: the best practices at Toyota Motor Corporation. **Amfiteatru Economic Journal**, Bucuresti, v. 19, n. 45. p. 566-580, 2017.

UNIVERSITY OF LA VERNE. International Business School. 2020. Disponível em: http://www.laverne.edu. Acesso em: 14 ago. 2021.

VELOSO, E. F. R.; DUTRA, J. S.; NAKATA, L. E. Percepção sobre carreiras inteligentes: diferenças entre as gerações y, x e baby boomers. **Revista de Gestão**, São Paulo, v. 23, p. 88-98, 2016.

VIEIRA, S. L. *et al*. Dialogue and teaching-learning in technical training in health. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, 2020. Supl. 1.

WRIGHT, J. Authentic dialogue: the communication of collaborative leadership. **Advances in Social Sciences Research Journal**, Birmingham, v. 4, n. 2, p. 208-215, 2017.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

Instrumento de Coleta de Dados - Gestor

DADOS DEMOGRÁFICOS

1- Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

2- Idade: _____ anos.

3- Localização da instituição (município): _____

4 - Profissão: _____

5- Unidade de trabalho: _____

6- Turno de trabalho:

( ) 4 horas/dia

( ) 6 horas/dia

( ) 8 horas/dia

( ) 12 horas/dia

( ) Outro: _____

7- Ano de formação: _____

8- Tempo de trabalho na área da saúde:_____

9- Tempo de trabalho na instituição: _____

10- Tempo de trabalho no cargo: _____

11- Seu maior nível educacional é:

( ) Nível médio

( ) Graduação

( ) Especialização / MBA

( ) Mestrado

( ) Doutorado

( ) Outro: _____

Entende-se por gestão compartilhada uma gestão mais flexível, cujos integrantes da equipe têm maior autonomia e poder para decidir sobre questões relacionadas ao cotidiano de trabalho e a comunicação se dá por meio do diálogo.[1,2]

Já o modelo de gestão tradicional enfatiza a hierarquia. Nesse modelo de gestão, a garantia de controle é maior quanto mais pessoas estiverem sob supervisão direta do gerente. O poder é centralizado naqueles que ocupam cargos nas instituições e a comunicação é verticalizada. [3]

QUESTÕES

1a – A instituição em que você trabalha adota o modelo participativo / compartilhado de gestão?

( ) Sim

( ) Não

( ) Em processo de implementação

Se você respondeu SIM à questão anterior, por favor, responda à próxima.

1b – Quanto você está envolvido com a implantação do modelo de gestão participativo / compartilhado?

( ) Totalmente

( ) Parcialmente

( ) Raramente envolvido

( ) Não envolvido

2 – Qual é o seu nível de satisfação com o modelo de gestão atual de sua instituição?

( ) Muito satisfeito

( ) Satisfeito

( ) Insatisfeito

( ) Muito insatisfeito

Justifique:

_____

_____

_____

_____

3 – Você possibilita aos trabalhadores da sua equipe participar da tomada de decisão?

( ) Sim

( ) Não

( ) Às vezes

Exemplifique:

_____

_____

_____

_____

4 – Você dá autonomia aos trabalhadores para decidir sobre questões do dia a dia?

( ) Sim

( ) Não

( ) Às vezes

Exemplifique:

_____

_____

_____

_____

5 – A comunicação na sua instituição ocorre por meio do diálogo?

( ) Sim

( ) Não

( ) Às vezes

Se não, como ocorre?

_____

_____

_____

_____

6 – Pontue as dificuldades identificadas em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição.

7 - Pontue as potencialidades identificadas em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição.

8 – Acrescente alguma informação que julgar relevante.

[1]BERNARDES, A. *et al*. Framing the difficulties resulting from implementing a Participatory Management Model in a public hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1142-1151, 2012.
[2]BERNARDES, A. *et al*. Implementation of a participatory management model: analysis from a political perspective. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 23, p. 888-897, 2015.
[3]BERNARDES, A. *et al*. Collective and decentralized management model in public hospitals: perspective of the nursing team. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 1003-1010, 2011.

Instrumento de Coleta de Dados - Trabalhadores

DADOS DEMOGRÁFICOS

1- Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

2- Idade: _____ anos.

3- Localização da instituição (município): _____

4 - Profissão: _____

5- Cargo ocupado na instituição:

( ) Gestor

( ) Médico

( ) Enfermeiro

( ) Técnico de Enfermagem

( ) Auxiliar de Enfermagem

( ) Outro (Especifique): _____

6- Unidade de trabalho: _____

7- Turno de trabalho:

( ) 4 horas/dia

( ) 6 horas/dia

( ) 8 horas/dia

( ) 12 horas/dia

( ) Outro: _____

8- Ano de formação: _____

9- Tempo de trabalho na área da saúde: _____

10- Tempo de trabalho na instituição: _____

11- Tempo de trabalho no cargo: _____

12- Seu maior nível educacional é:

( ) Nível médio

( ) Graduação

( ) Especialização / MBA

( ) Mestrado

( ) Doutorado

( ) Outro: _____

Entende-se por gestão compartilhada uma gestão mais flexível, cujos integrantes da equipe têm maior autonomia e poder para decidir sobre questões relacionadas ao cotidiano de trabalho e a comunicação se dá por meio do diálogo.[1,2]

Já o modelo de gestão tradicional enfatiza a hierarquia. Nesse modelo de gestão, a garantia de controle é maior quanto mais pessoas estiverem sob supervisão direta do gerente. O poder é centralizado naqueles que ocupam cargos nas instituições e a comunicação é verticalizada. [3]

QUESTÕES

1a – A instituição em que você trabalha adota o modelo participativo / compartilhado de gestão?

( ) Sim

( ) Não

( ) Em processo de implementação

Se você respondeu SIM à questão anterior, por favor, responda à próxima.

1b – Quanto você está envolvido com a implantação do modelo de gestão participativo / compartilhado?

( ) Totalmente

( ) Parcialmente

( ) Raramente envolvido

( ) Não envolvido

2 – Qual é o seu nível de satisfação com o modelo de gestão atual de sua instituição?

( ) Muito satisfeito

( ) Satisfeito

( ) Insatisfeito

( ) Muito insatisfeito

Justifique:

_____

_____

_____

_____

3 – Você participa da tomada de decisão no seu trabalho?

( ) Sim

( ) Não

( ) Às vezes

De que forma?

_____

_____

_____

_____

4 – Você tem autonomia para decidir sobre questões do dia a dia?

( ) Sim

( ) Não

( ) Às vezes

Exemplifique:

_____

_____

_____

_____

5 – A comunicação na sua instituição ocorre por meio do diálogo?

( ) Sim

( ) Não

( ) Às vezes

Se não, como ocorre?

_____

_____

_____

_____

6 – Pontue as dificuldades identificadas em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição.

7 - Pontue as potencialidades identificadas em relação ao modelo de gestão adotado em sua instituição.

8 – Acrescente alguma informação que julgar relevante.

[1]BERNARDES, A. *et al*. Framing the difficulties resulting from implementing a Participatory Management Model in a public hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1142-1151, 2012.
[2]BERNARDES, A. *et al*. Implementation of a participatory management model: analysis from a political perspective. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 23, p. 888-897, 2015.
[3]BERNARDES, A. *et al*. Collective and decentralized management model in public hospitals: perspective of the nursing team. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 1003-1010, 2011.

APÊNDICE B – Instruções de Preenchimento

Meu nome é Elaine Cantarella Lima e gostaria de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada **"Avaliação e aperfeiçoamento do modelo de gestão compartilhada: desafio educacional para o Sistema Único de Saúde"**, que tem como objetivo geral analisar os modelos de gestão adotados pelas Secretarias de Saúde dos municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde XIII, considerando a sua mensuração a partir da tomada de decisão, comunicação e poder.

A pesquisa será realizada em duas etapas. Caso concorde com a pesquisa você participará da primeira etapa respondendo a um questionário com questões abertas e de múltipla escolha, com duração média de 15 minutos para preenchimento.

O questionário será entregue em um envelope lacrado e numerado. Será dado o prazo de uma semana para a resposta. Caso concorde em responder ao questionário será importante responder a todas as questões, colocando somente uma resposta para as questões de múltipla escola.

Não há qualquer custo ou obrigação decorrente de sua participação. As respostas obtidas não serão fornecidas a ninguém, sendo garantido que seu nome não aparecerá em nenhum momento.

Na segunda etapa da pesquisa será realizada uma intervenção educativa acerca dos pressupostos do modelo compartilhado de gestão para todos os que participarem da primeira etapa.

Os resultados deste estudo fornecerão informações importantes e trarão benefícios para ajudar o município na implementação de um modelo gerencial mais participativo que, consequentemente beneficiará todos os profissionais, na medida em que se sentirão mais motivados e satisfeitos com o trabalho.

APÊNDICE C – Pré e Pós-teste

Intervenção Educativa

Data: _____/_____/_____

Nome: _____

Unidade de trabalho: _____

Município: _____

Responda às questões abaixo assinalando somente uma alternativa.

1- O modelo de gestão compartilhada compreende:

(A) uma gestão mais flexível e democrática, cuja equipe de saúde tem maior autonomia e poder para decidir sobre questões do cotidiano de trabalho;

(B) uma gestão mais flexível e democrática. Nesse modelo de gestão, a equipe de saúde tem pouca autonomia e poder para decidir sobre questões do cotidiano de trabalho;

(C) uma gestão verticalizada, cuja equipe de saúde tem autonomia para decidir sobre questões do cotidiano de trabalho e a comunicação ocorre "de cima para baixo";

(D) uma gestão mais flexível e democrática que valoriza a comunicação por meio do diálogo. Nesse modelo de gestão, a equipe de saúde não tem autonomia para decidir sobre questões do cotidiano de trabalho;

(E) não sei.

2- Em um modelo de gestão tradicional, ou seja, verticalizado, o gestor desenvolve papel de articulador/apoiador da equipe e não de um "chefe". Assim, ele ouve a opinião da equipe e leva em consideração o que foi discutido em consenso.

( ) Verdadeiro

( ) Falso

( ) Não sei

3- O modelo de gestão tradicional, ou seja, verticalizado:

(A) enfatiza a hierarquia. Nesse modelo de gestão, o poder é descentralizado, ou seja, distribuído entre as diferentes categorias profissionais;

(B) é democrático, valoriza a comunicação dialógica e a centralização do poder e das decisões;

(C) é democrático e dá direito de voz ao trabalhador que se sente motivado e satisfeito por participar das decisões no cotidiano de trabalho;

(D) enfatiza a hierarquia. Nesse modelo, o poder fica centralizado naqueles que possuem cargos formais nas instituições. Dessa forma, quanto mais alto o cargo, maior o poder;

(E) não sei.

4- As decisões no modelo de gestão tradicional ou verticalizado

(A) são tomadas pelos trabalhadores coletivamente por meio de reuniões;

(B) são tomadas por aqueles que ocupam cargos mais altos nas instituições de saúde, cabendo ao trabalhador acatar o que foi decidido;

(C) são tomadas coletivamente, ou seja, o gestor da unidade de trabalho decide juntamente com a equipe sobre questões do dia a dia;

(D) são tomadas por aqueles que ocupam cargos mais altos nas instituições de saúde, gerando motivação e satisfação da equipe que apenas cumpre as ordens;

(E) não sei.

5- O foco do modelo de gestão compartilhada não está no paciente, mas sim nos interesses institucionais. Assim, nesse modelo, é importante diminuir gastos, trabalhando com uma equipe reduzida e com melhor utilização dos recursos materiais.

( ) Verdadeiro

( ) Falso

( ) Não sei

6- São instrumentos da gestão compartilhada:

(A) A Educação Permanente em Saúde, a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), os Conselhos Municipais de Saúde, Conferências de Saúde e o Participa SUS;

(B) A Educação Permanente em Saúde e a Liderança Autocrática;

(C) A Educação Permanente em Saúde, a Liderança Autocrática e o Humaniza SUS;

(D) O Participa SUS, os Conselhos Municipais de Saúde e Conferências de Saúde e a Liderança Autocrática;

(E) não sei.

7- No modelo de gestão compartilhada, a comunicação

(A) é não dialógica, ocorrendo “de cima para baixo”, por meio de informação falada ou escrita;

(B) é dialógica, devendo ser intensificada intraunidades e interunidades;

(C) é informativa, devendo-se cumprir o que foi estabelecido;

(D) é dialógica, ocorrendo “de cima para baixo”, por meio de reuniões;

(E) não sei.

8- Pensando no modelo de gestão compartilhada, a forma de comunicação mais eficiente é:

(A) feita por e-mails;

(B) realizada via WhatsApp;

(C) realizada face a face;

(D) realizada por livro de passagem de plantão;

(E) não sei.

9- Um dos pressupostos do modelo de gestão compartilhada é a descentralização do poder, o que torna a equipe mais motivada e satisfeita, favorecendo sua corresponsabilização com os resultados do trabalho.

( ) Verdadeiro

( ) Falso

( ) Não sei

10- No modelo de gestão compartilhada, os conflitos existentes no cotidiano de trabalho são vistos como pontos positivos, já que possibilitam mudanças.

( ) Verdadeiro

( ) Falso

( ) Não sei

APÊNDICE D – Planejamento da Capacitação

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PLANO EDUCATIVO

INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM GESTÃO COMPARTILHADA

Grupo de Pesquisa em Liderança, Gestão e Gerenciamento em Serviços de Saúde e Enfermagem (LIGGEn)

RIBEIRÃO PRETO
2018

- **PROPOSTA**

Oferecer informações relevantes sobre os pressupostos do modelo de gestão compartilhada aos gestores municipais e aos trabalhadores dos Prontos Atendimentos (PAs) pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde de oito municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII), de modo a estimular a aquisição de conhecimento em relação a esse modelo de gestão

- **CARACTERÍSTICAS**

Intervenção educativa voltada aos profissionais de saúde de nível superior e médio, cuja população-alvo corresponde os gestores municipais e aos trabalhadores atuantes nos PA de oito municípios do DRS XIII, com carga horária total de oito horas, dividida preferencialmente em período de dois dias consecutivos. A intervenção educativa será ministrada *in loco*.

- **EMENTA**

A intervenção educativa oferece informações sobre os pressupostos do modelo de gestão compartilhada, enfatizando a tomada de decisão, a comunicação e o poder, bem como as dificuldades e as potencialidades identificadas na análise da situação atual da gestão nos serviços de saúde desses oito municípios, para auxiliar os profissionais de saúde na aquisição de conhecimentos com intuito de proporcionar qualidade aos serviços de saúde por meio da mobilização das competências desenvolvidas.

- **OBJETIVO**

Oferecer informações sobre os pressupostos do modelo de gestão compartilhada, aos gestores e aos trabalhadores de saúde atuantes em oito municípios do DRS XIII.

- **CONTEÚDO PROGRAMÁTICO**

Primeiro encontro

- ✓ Realizar uma dinâmica de apresentação com o propósito de revelar características dos participantes e facilitar o engajamento e a comunicação entre todos os presentes;
- ✓ Aplicar um pré-teste com a finalidade de identificar o conhecimento prévio dos participantes acerca dos pressupostos do modelo compartilhado de gestão;
- ✓ Apresentar os resultados da primeira fase da pesquisa, relacionados à análise da utilização ou não do modelo compartilhado de gestão pela instituição, assim como as dificuldades e potencialidades identificadas;
- ✓ Realizar a leitura do texto "Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil";
- ✓ Formar uma roda de conversa para discutir os pontos importantes do texto e introduzir questões disparadoras sobre gestão participativa;
- ✓ Ministrar aula expositiva dialogada sobre o modelo de gestão contemporânea nas organizações de saúde.

Segundo encontro

- ✓ Realizar dinâmica do desenho sob comando mudo, na qual os participantes da intervenção educativa serão direcionados a executar um desenho sob orientações escritas em slides, onde cada slide deve conter apenas um comando e ficar disponível por apenas 10 segundos, sendo vedada a utilização da comunicação verbal, com a intenção de atuar como disparador para a discussão sobre as diferentes interpretações de um mesmo problema, assim como a necessidade de reconhecer o tempo de compreensão do outro;
- ✓ Realizar a leitura do texto "Teoria da Ação Comunicativa (Habermas): estrutura, fundamentos e implicações do modelo;
- ✓ Formar uma roda de conversa para discutir os pontos importantes do texto e introduzir questões disparadoras sobre a comunicação nos serviços de saúde;
- ✓ Ministrar aula expositiva dialogada sobre a comunicação em saúde e suas ferramentas;
- ✓ Aplicar um pós-teste, com as mesmas questões do pré-teste, com a finalidade de identificar se houve incorporação do conhecimento.

- **ESTRATÉGIAS DE ENSINO**

Na intervenção educativa serão utilizadas estratégias de ensino-aprendizagem com fomento de discussões, sendo que em cada encontro serão realizadas dinâmicas, leitura de textos, aula expositiva dialogada e rodas de conversa com intuito de discutir e debater sobre os assuntos relacionados ao conteúdo programático. As aulas expositivas dialogadas serão constituídas de exposição visual, usando-se slides construídos no Microsoft Power Point® e apresentados por meio de projetor.

- **AVALIAÇÃO**

Antes e após a implementação da ação educativa, será aplicado um instrumento para avaliar o conhecimento dos participantes acerca dos pressupostos do modelo compartilhado de gestão. Para aqueles que cumprirem ao menos oito horas da intervenção educativa, será oferecido certificado de participação. Ao final da intervenção educativa, espera-se que os profissionais sejam capazes de acertar 70% ou mais das questões contidas no instrumento de avaliação do conhecimento sobre os pressupostos do modelo de gestão compartilhada.

- **BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA**

NUNES, E. F. P. A. *et al*. Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 573-84, 2016.

GUTIERREZ, G. L.; ALMEIDA, M. A B. Teoria da ação comunicativa (Habermas): estrutura, fundamentos e implicações do modelo. **Veritas**, Porto Alegre, v. 58, n 1, p. 151-173, 2013.

APÊNDICE E – Convite

Conforme apresentado em reunião da CIR essa semana, será realizada no período de junho, agosto e setembro 2018 a segunda fase da pesquisa intitulada **Avaliação e aperfeiçoamento do modelo de gestão compartilhada: desafio educacional para o Sistema Único de Saúde.** Nesse momento, será realizada uma intervenção educativa e gostaríamos de convidar os gestores e os trabalhadores que participaram da primeira etapa da pesquisa. A primeira etapa da pesquisa foi realizada em agosto, setembro, outubro e novembro de 2017, sendo entregue um instrumento de coleta de dados aos gestores e aos trabalhadores, para a realização do diagnóstico do modelo de gestão adotado pelos municípios. Segue anexo o cronograma da intervenção educativa que será oferecida aos profissionais agora em 2018. Aguardo a listagem dos profissionais que participaram da primeira etapa da pesquisa (diagnóstico do modelo de gestão adotado no município) e que irão participar da segunda etapa (intervenção educativa), assim como as datas de preferência dos municípios para a participação na intervenção educativa e o local onde será oferecida a intervenção educativa. Como solicitado em reunião, aguardo o envio dessa listagem até a próxima segunda-feira dia 14/05/18.

Atenciosamente,

Elaine Cantarella Lima
Doutoranda pelo Programa de Enfermagem Fundamental - EERP/USP

APÊNDICE F – Autorização para a realização da pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602 3382 - 55 16 3602 3381 - Fax. 55 16 3602 0515
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ao Diretor do Departamento Regional de Saúde XIII (DRSXIII)
Ronaldo Dias Capelli

Venho por meio desta solicitar autorização para o desenvolvimento da pesquisa intitulada **"Avaliação e aperfeiçoamento do modelo de gestão compartilhada: desafio educacional para o Sistema Único de Saúde"**. Esta pesquisa será desenvolvida pela Pós–graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Elaine Cantarella Lima, sob orientação da Profa. Dra. Andrea Bernardes. Apresenta como objetivo geral analisar os modelos de gestão adotados pelas Secretarias de Saúde dos municípios que compõem o DRS XIII, considerando a sua mensuração a partir da tomada de decisão, comunicação e poder. Caso este projeto seja autorizado por V.Sª., será encaminhado, posteriormente, ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP a fim de cumprirmos as exigências da Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos.

Certos de contar com a valiosa colaboração de V.Sª., agradecemos e nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Elaine Cantarella Lima
Doutoranda do Programa de Enfermagem Fundamental da EERP/USP

Andrea Bernardes
Docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP/USP

Autorizado por: _____
Ronaldo Dias Capeli
Diretor Técnico de Saúde III
DRS XIII - Ribeirão Preto

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Elaine Cantarella Lima e gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada **"Avaliação e aperfeiçoamento do modelo de gestão compartilhada: desafio educacional para o Sistema Único de Saúde"**, que tem como objetivo geral analisar os modelos de gestão adotados pelas Secretarias de Saúde dos municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde XIII, considerando a sua mensuração a partir da tomada de decisão, da comunicação e do poder. Tem como objetivos específicos: proceder à avaliação diagnóstica do tipo de modelo de gestão adotado nos serviços de saúde; identificar potencialidades e dificuldades relacionadas aos modelos de gestão de serviços de saúde; analisar o processo comunicativo com base nos modelos de gestão adotados nos serviços de saúde; identificar a necessidade de informação e de aprofundamento de conhecimento dos gestores e dos trabalhadores acerca do modelo de gestão compartilhada por meio da aplicação de um pré-teste; implementar uma intervenção educativa a gestores e a trabalhadores a partir das dificuldades identificadas e; avaliar o resultado da intervenção educativa por meio da aplicação de um pós-teste aos gestores e aos trabalhadores.

Para tanto, você receberá orientações acerca da metodologia da pesquisa antes, durante e após a realização da mesma, ou em qualquer momento em que você sentir necessidade, devendo se sentir à vontade para fazer qualquer questionamento. A pesquisa será realizada em duas etapas. Caso concorde com a pesquisa, você participará da primeira etapa respondendo a um questionário com duração média de 15 minutos para preenchimento. O questionário será entregue em um envelope lacrado e numerado. Será dado o prazo de uma semana para a resposta, sendo que você poderá recusar-se a responder a qualquer pergunta específica ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo. Não há qualquer custo ou obrigação decorrente de sua participação. As respostas obtidas não serão fornecidas a ninguém, sendo garantido que seu nome não aparecerá em nenhum momento. Na segunda etapa da pesquisa será oferecida uma intervenção educativa. Esta intervenção educativa será iniciada com a aplicação de um pré-teste para identificar o conhecimento prévio dos participantes acerca dos pressupostos do modelo compartilhado de gestão. Ao término, será aplicado um pós-teste visando identificar se houve incorporação do conhecimento.

Participar desta pesquisa e falar do seu dia a dia de trabalho pode gerar constrangimento e/ou desconforto, uma vez que há a participação de diferentes níveis hierárquicos nessa pesquisa. Reforço, contudo, que suas informações não serão disponibilizadas a ninguém, sendo mantidas em sigilo com a pesquisadora principal. Assim, deve ficar claro que você tem a liberdade de

consentir ou não com a participação neste estudo. Contudo, ressaltamos que os resultados deste estudo fornecerão informações importantes e trarão benefícios para ajudar o município na implementação de um modelo gerencial mais participativo que, consequentemente beneficiará todos os profissionais, na medida em que se sentirão mais motivados e satisfeitos com o trabalho. Quando este estudo terminar, o resultado final poderá ser divulgado em revistas e/ou apresentado em encontros científicos, caso você concorde com isso assinando este termo.

Informamos ainda que você não terá ônus financeiros pela sua participação e também não receberá pagamento de qualquer natureza, sendo a sua participação de caráter voluntário. Se quiser, poderá solicitar à pesquisadora os resultados desta pesquisa. Se o(a) senhor(a) se sentir prejudicado(a) por ter participado da pesquisa, poderá buscar indenização por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa de acordo com a lei vigente no Brasil. Se você concordar em participar, vou pedir para você assinar duas vias originais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Essas duas vias também serão assinadas pela pesquisadora, sendo que você receberá uma dessas vias assinadas. Caso tenha alguma dúvida, poderá nos perguntar ou ligar ou mandar um e-mail pelo endereço ou telefone que está escrito logo abaixo.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16)3315-9197, em dias úteis no horário das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3471 ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902.

Se aceitar participar, por favor, preencha os dados abaixo:

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Elaine Cantarella Lima–Pesquisadora. E-mail: elainecantarella@gmail.com

Profa. Dra. Andrea Bernardes – Orientadora. E-mail: andreab@eerp.usp.br

Anexos

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 064/2017, de 28.03.2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 28 de março de 2017.

Protocolo CAAE: 65035517.0.0000.5393

Projeto: Avaliação e aperfeiçoamento do modelo de gestão compartilhada: desafio educacional para o Sistema Único de Saúde

Pesquisadores: Elaine Cantarella Lima
Andréa Bernardes (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Andréa Bernardes
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP